جامعة البعث

كلية الطب البشري

السنة الرابعة

السعر: 400

ملخص جراحة الأوعية

محتوى الملخص:

١. **فقرات الدورات:** كاملة ومن المقرر

٢. **فقرات خارجية هامة:** من سلايدات الدكتور يرد حولها أسئلة دوماً

٣. **حل أسئلة الدورات:** مدققة وتشمل الدورات كاملة الواردة في

(بنك الدورات + دورة ٢٠١٧ + دورة ٢٠١٦ + دورة ٢٠١٥)

٤. **مسائل سريرية:** يكررها الدكتور عادة كما هي

إعداد الزميل: مينا ماريو رحال

للتواصل والاستفسار:

FACEBOOK: Mina Mario Rahhal

MOBILE/WHATSAPP: *0992953753*

البحث الأول: القرحات في الأطراف السفلية

	قصور وريدي مزمن	قصور تروية شرياني	قرحة ضمورية
الموقع	محيطياً – فوق الكعب الأنسي	الأصابع – الكعب الوحشي – نقاط الضغط	نقاط الضغط – مناطق نقص الحس – اعتلال أعصاب صريح
الجلد حول القرحة	متلون في بعض الأحيان – متليف	جلد مشع (لماع) – ضامر	جلد نفتي – اعتلال أعصاب واضح
الألم	غير حاد يزول برفع الطرف	حاد يزول بتدلي الطرف	غير مؤلم والمريض لا ينتبه لوجود القرحة
وجود موات مرافق	غائب	قد يكون موجوداً	عادة غائب
النزف من القرحة	نزف وريدي	قليل أو لا يوجد	قد يكون أحمر قانياً
العلامات المرافقة	وذمة – تلون – احتمال وجود ازرقاق اذا كانت القدم متدلية	ضعف النبض – شحوب عند رفع الطرف (علامة برغر) واحمرار عند تدلي القدم (علامة غروب الشمس)	نقص الحس – غياب المنعكسات الكاحلية

أسئلة الدورات حول الجدول السابق:

١) الصح في قرحات الطرف السفلي: A)) تتوضع محيطياً وفوق الكعب الانسي في القصور الوريدي المزمن ☑

٢) سؤال فراغات:

A)) القصور الوريدي المزمن B)) نقص التروية الشرياني C)) القرحات الضمورية

تشاهد القرحات محيطياً فوق الكعب الأنسي في (A) ويكون لون الجلد لماع ضامر في (B) ويكون لون النزف أحمر قانياً في (C) ونلاحظ أن الألم غائب عادة في (C)

٣) من صفات نقص التروية في آفات الأطراف السفلية ما عدا:

A)) مظهر لماع للجلد ☑ B)) الشحوب بالرفع والاحمرار بالتدلي ☑

C)) قرحات ثاقبة تتوضع في العقب ☒ D)) سقوط الشعر وعدم نمو الأظافر ☑

٣) من صفات نقص التروية في آفات الأطراف السفلية ما عدا:

A)) قرحة القصور الوريدي المزمن تشاهد فوق الكعب الانسي ☑ B)) في القرحة الضمورية الموات شائع ☑

C)) في القرحة الضمورية الموات شائع ☒ D)) قرحة نقص التروية لا تترافق مع نزف دموي ☑

البحث الثاني: الآفات الشريانية السادة للأطراف السفلية

مبادئ عامة في آفات الشرايين المحيطية: يعتبر التصلب العصيدي السبب الأكثر شيوعاً في إحداث آفات الشرايين السادة عند الإنسان وتحدث الآفات الشريانية عادة في مواقع محددة ضمن الشجرة الوعائية مثل القسم القريب من الشريان السباتي الباطن والشريان الأبهر تحت مستوى الشريانين الكلويين والشريان الفخذي السطحي والشريان المأبضي ويعتبر التصلب العصيدي في الشريان الظنبوبي شائعاً عند المسنين والمصابين بالداء السكري بينما تكون الإصابة في الشريان الأبهر فوق مستوى الشريان الزلاقي وكذلك الشريان الفخذي العميق من النادر أن يصابا.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) أشيع أماكن حدوث التصلب العصيدي ماعدا:

A)) القسم القريب من الشريان السباتي الباطن ☑ B)) الشريان الفخذي السطحي ☑

C)) الشريان الفخذي العميق ☒ D)) الشريان الأبهر تحت مستوى الشريانين الكلويين ☑

٢) أشيع أماكن حدوث التصلب العصيدي ماعدا:

A)) الشريان الفخذي السطحي ☑ B)) الشريان المأبضي ☑

C)) الشريان الفخذي العميق ☒ D)) الشريان الظنبوبي عند المسنين ☑

الإمراضية النسيجية للآفات الشريانية السادة في الأطراف السفلية:

١) الشريان الفخذي السطحي: هو الشريان الأكثر إصابة وتحدث الأذية عادة في منطقة القناة المقربة (قناة هنتر) حيث يعبر الشريان الفخذي السطحي خلال مجموعة العضلات المقربة ليشكل الشريان المأبضي. عندما يصبح التضيق البؤري حرجاً ينسد الشريان الفخذي السطحي بالكامل ويؤمن الشريان الفخذي العميق عبر الدوران المعاوض الجانبي الدوران الدموي للشريان المأبضي محيطياً.

٢) الشريان الفخذي العميق: وهو يؤمن الدم لمنطقة الفخذ ويمكن لمنشأ هذا الشريان أن يصاب بالتصلب العصيدي ولكن باقي الشريان عادة يبقى سليماً. بينما تشاهد الآفات الشديدة في القسم البعيد من الشريان بشكل نموذجي عند المرضى السكريين.

٣) الشريان المأبضي: وهو يصاب بالتصلب العصيدي بشكل متكرر. أما الأسباب الأخرى للآفات الانسدادية في هذا الشريان هو انحشاره بالعضلة التوأمية (الانحشار المأبضي) وكيسات غلاف الشريان وهاتان الحالتان الأكثر ندرة يمكن أن تشاهد عند المرضى الأصغر سناً.

٤) الشريان الظنبوبي: يعتبر التصلب العصيدي فيه شائعاً عند المرضى المسنين والمصابين بالداء السكري

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) الشريان الفخذي السطحي يتأذى ضمن: A)) قناة القربات (قناة هنتر) ☑

الإمراضية النسيجية في التصلب العصيدي، يحدث التصلب العصيدي كآفة ذات ثلاث نماذج

أولاً: الطبقات الدهنية: وهي آفات تحت البطانة تتألف من بالعات مكتنفة للكولسترول وخلايا عضلية ملساء، وهذه الطبقات تحدث باكراً خلال الحياة وهي ليست ذات أهمية هيموديناميكية (حركية دموية).

ثانياً: اللويحات الليفية: وهي آفات أكثر تقدماً وتحتوي أيضاً مادة خارج خلوية.

ثالثاً: اللويحات المعقدة: وتتميز بتقرح البطانة وبالنزف داخل اللويحة.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) يتظاهر التصلب العصيدي نسيجياً بعدة نماذج مرضية وكل النماذج التالية صحيحة ماعدا:

A)) الطبقات الدهنية ☑ B)) اللويحات الليفية ☑

C)) اللويحات الخثرية ☒ D)) اللويحات المعقدة ☑

٢) تعتبر اللويحة العصيدية غير مستقرة، كل ما يلي صحيح ما عدا: (سؤال من خارج المقرر)

A)) وجود الطبقات الدهنية B)) وجود خثرة ضمن اللويحة

C)) استمرار قدوم البالعات إليها D)) تليف البطانة المغطية للويحة

الدوران المعاوض الجانبي: وهو يشير إلى المسارب الجانبية المتعددة التي تتطور حول التضيق الذي يتقدم مع مرور الزمن وهذه المسارب تؤمن الجريان الدموي المحيطي وتكون المقاومة في هذه المسارب الجانبية دائماً أعلى من الأوعية الأصلية غير المسدودة سابقاً وتظهر الأعراض عندما يكون تطور المسارب الجانبية غير كافٍ أو مختلط بتصلب عصيدي أو آفات على مستويات متعددة من الشريان. عندما ينسد الوعاء بشكل حاد لا يكون هنالك وقت كافٍ لتطور الدوران الجانبي المعاوض مما يؤدي لنقص تروية حاد وخسارة للأنسجة المحيطية.

وكأمثلة على تشكل السرر الوعائية الجانبية نذكر بعض الأمثلة:

أولاً: الشريان السباتي الأصلي: يساعد على تأمين الدوران الدموي حول الشريان السباتي الباطن المصاب.

ثانياً: الشريان الحرقفي الباطن والشرايين القطنية وكذلك الشريان الثديي الباطن: بوساطة الشرايين الشرسوفية العلوية والسفلية يمكن أن تؤمن سريراً وعائياً معاوضاً ليساعد على تروية الطرف السفلي الآفات الأبهرية الحرقفية السادة.

ثالثاً: الشريان الفخذ العميق: يقوم الدوران المعاوض الناشئ من الشريان الفخذي العميق بتزويد الشريان المأبضي بالدوران الدموي في حالة مرض الشريان الفخذي السطحي

رابعاً: الدوران المعاوض حول الركبة: يغذي القسم السفلي من الرجل في حالة مرض الشريان المأبضي.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) يتطور الجريان المعاوض الجانبي حول مكان التضيق الشرياني ليؤمن الجريان الدموي المحيطي اختر الإجابة الصحيحة ممايلي:

A)) الشريان السباتي الأصلي يساعد على تأمين الدوران الدموي حول الشريان السباتي الباطن المصاب ☑

B)) الشريان الفخذ العميق يقوم بتزويد الشريان المأبضي بالدوران الدموي في حالة مرض الشريان الفخذي السطحي ☑

C)) الدوران المعاوض حول الركبة: يغذي القسم السفلي من الرجل في حالة مرض الشريان المأبضي ☑

D)) كل ما سبق صحيح ☑

عوامل خطورة التصلب العصيدي:

١- التدخين ٢- الداء السكري ٣- ارتفاع شحوم الدم ٤- القصة العائلية ٥- ارتفاع التوتر الشرياني

٦- العمر ٧- فرط سيستئين الدم ٨- فرط فيبرينوجين الدم

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) من عوامل خطورة التصلب العصيدي ما عدا:

A)) التدخين ☑ B)) الداء السكري ☑ C)) الكحولية ☒ D)) القصة العائلية ☑

٢) من عوامل خطورة التصلب العصيدي ما يلي صحيح ماعدا: A)) Hyper Cythemia ☒

العرج المتقطع: وهو ألم يشعر به المريض في المجموعات العضلية الكبيرة، محيطياً لآفة شريانية بعد جهد أو تمارين مع العلم أن المكان الأكثر شيوعاً للتصلب العصيدي في الطرف السفلي هو الشريان الفخذي السطحي ويحدث العرج المتقطع بشكل نموذجي في الربلة بعد المشي. ومن المظاهر المميزة للعرج المتقطع الوعائي المنشأ هو عودة ظهور الألم عند متابعة المشي لنفس المسافة والزوال المفاجئ للألم أثناء الراحة(خلال دقائق) وتحدث بإجهاد مجموعة العضلات وليس بسبب الوقوف أو الجلوس لفترات طويلة. ويكون المريض لا عرضياً خلا الراحة لأن الجريان الدموي يكون مناسباً عبر الدوران الجانبي المعاوض ولكن لا يكون الجريان الدموي ملائماً بازدياد الحاجة الاستقلابية الناجمة عن التمرين.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) الخطأ في العرج المتقطع:

A)) يعود بعد المشي لنفس المسافة ☑ B)) يتحسن عند إيقاف الجهد فجأة ☑

C)) الدوران الجانبي المعاوض غير كافي أثناء الراحة ☒ D)) يحدث بسبب إجهاد العضلات ☑

٢) الخطأ في العرج المتقطع: A)) نقص التروية أثناء الحركة ☒

⊛ **الألم أثناء الراحة بسبب نقص التروية:** يحدث بسبب الجريان الدموي الشرياني المضطرب بشدة وهنا تكون التروية الدموية عبر المسارب الجانبية غير كافية لتغطي الاحتياجات الاستقلابية للنسج حتى أثناء الراحة، ويصف المريض ألماً عبر القسم البعيد من القدم والقوس الأخمصية ويتفاقم برفع القدم (مثلاً عندما يحاولون النوم في السرير) ويحاول المرضى الحصول على الراحة بشكل نموذجي من خلال تدلية القدم للأسفل مع الجاذبية الأرضية أو بوساطة المشي البطيء. ويعتبر الألم أثناء الراحة حالة مهددة للطرف لأن معظم المرضى (٨٥٪ خلال خمس سنوات) سوف يتعرضون لبتر الطرف (مثلاً بتر كبير) إذا لم تعد التروية للطرف المصاب أو إذا لم يكن بالإمكان إعادة التروية.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) يتميز الألم أثناء الراحة بسبب نقص التروية بما يلي ما عدا:

A)) تكون التروية الدموية عبر المسارب الجانبية غير كافية أثناء الراحة ☑

B)) يحدث ألم شديد عبر القسم البعيد من القدم والقوس الأخمصية ☑

C)) يخف الألم برفع القدم ☒ D)) يعتبر الألم أثناء الراحة حالة مهددة للطرف ☑

⊛ **المشعر الكاحلي العضدي ABI:** ونحصل عليه بتقسيم الضغط في الكاحل على الضغط في العضد أي أن:

المشعر الكاحلي العضدي = الضغط الانقباضي الكاحلي / الضغط الانقباضي العضدي

وبشكل عام يتوافق المشعر مع حالة المريض/ة الوظيفية كمايلي:

$ABI \geq 1$: يعتبر المشعر طبيعي

ABI= 0.50 – 0.99 : يتوافق مع قصة عرج متقطع

ABI= 0.20 – 0.49 : يتوافق مع قصة ألم أثناء الراحة إقفاري

$ABI < 0.20$: بوجه لفقد نسج (تموت) وشيك الحدوث

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في حال كان المشعر الكاحلي العضدي ABI= 0.49 – 0.20 فإنه يتوافق مع:

A)) طبيعي ☒ B)) عرج متقطع ☒

C)) ألم أثناء الراحة ☑ D)) تموت نسيجي ☒

⊛ **تحليل الموجات القطعية الدوبلرية:** يتم الحصول عليها بتسجيل إشارات الدوبلر فوق كل من شرايين الطرف السفلي فالموجة الطبيعية تعبر عن جريان دموي طبيعي لهذه القطعة وتكون متعددة الأطوار (ثلاثية الطور)

وبتناقص الجريان الدموي تصبح أحادية الطور

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) تكون الموجات الدوبلرية للشرايين الطبيعية:

A)) أحادية الطور ☒ B)) ثنائية الطور ☒

C)) ثلاثية الطور ☑ D)) رباعية الطور ☒

⊛ **الاختلاطات الناجمة عن المادة الظليلة:**

أولاً: اختلاطات عامة:

١. الانسمام الكلوي المحرض بالمادة الظليلة والذي قد يسبب نخراً أنبوبياً حاداً يتلو التصوير الوعائي الظليل وتتضمن عوامل الخطورة: الداء السكري ، نقص الإماهة ، العمر المتقدم ، ارتفاع مستوى كرياتنين الدم وكمية المادة المحقونة. وعادة ما يظهر بعد التصوير بيوم أو يومين وقد يحدث قصور كلوي عالي النتاج. ويعتبر من المفيد كوقاية الإماهة ما قبل التصوير وتحديد كمية المادة الظليلة باستعمال غاز CO_2 كعامل تباين وباستعمال تقنية التصوير بالطرح الرقمي DSA أما المعالجة فتكون معالجة داعمة.

٢. التحسس للمادة الظليلة: يمكن أن يسبب احمراراً جلدياً وحكة وعندما يكون شديداً يسبب وهطاً قلبياً وعائياً. وتشتمل عوامل الخطورة وجود قصة سابقة للتحسس من المادة الظليلة وقصة تحسس للقرشيات البحرية. إن إعطاء الستيروئيدات ومضادات الهيستامين قبل التصوير إضافة لاستعمال مادة منخفضة التشرد تفيد في تجنب هذا الاختلاط.

ثانياً: الاختلاطات الشريانية:

١. الخثار الشرياني: يمكن أن يحدث بسبب التخثر ما حول القثطرة أو بسبب الرض المباشر للجدار الشرياني المريض.

٢. الصمة العصيدية: عندما تحدث خلال التصوير الوعائي الظليل فهي تشير إلى تمزق لويحة عصيدية بالقثطرة مع انطراح رواسب عصيدية محيطياً مما يؤدي لأصابع ناقصة التروية بعد التصوير (متلازمة الأصابع الزرقاء) ويكون العلاج داعماً.

ثالثاً: اختلاطات مكان البذل:

١. الورم الدموي إذا كان كبيراً قد يتسبب بانضغاط العصب المجاور وتلف أو تموت للجلد فوقه. تصبح الضفيرة العصيدية معرضة للخطر إذا تشكل الورم الدموي ضمن الغلاف الإبطي تلو استعمال المدخل الإبطي لتصوير الأوعية الظليل وفي تلك الحالات يكون العلاج فورياً بإزالة الضغط جراحياً.

٢. أم الدم الكاذبة: يمكن أن تحدث إذا لم يكن الإرقاء الدموي ملائماً. وإن أمهات الدم الكاذبة الأكبر من ٢ سم تكون تحت خطر التمزق ويستعمل الضغط الموجه بالأمواج فوق الصوتية لعنق أم الدم الكاذبة لإحداث خثار ضمن الجوف الكاذب أما الشرايين التي لا يمكن علاجها بهذه الطريقة فيتم إصلاحها جراحياً.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) من الاختلاطات الناجمة عن التصوير الوعائي الظليل كل ما يلي ما عدا:

A)) الخثار الشرياني ☑ B)) الصمة العصيدية ☑ C)) التمزق ☒

D)) أم الدم الكاذبة ☑ E)) الورم الدموي ☑

الاختلاطات الناجمة عن التصنيع الوعائي خلال اللمعة عبر الجلد PTA:

أولاً: الصمة العصيدية: يتلو هذا الأجراء صمة من بقايا تصلبية عصيدية تكون ذات أهمية سريرية في أقل من ٣٪ من الحالات. فالصمة العصيدية للأوعية الصغيرة (مثل متلازمة الإصبع الأزرق) تعالج بشكل محافظ أما صمة الأوعية الكبيرة فيمكن أن تعالج بحالات الخثرة أو بتداخل جراحي

ثانياً: فرط تصنع البطانة: كما في أي شكل من أشكال الأذية الشريانية إن الآفات المعالجة بالتصنيع الوعائي قد تسبب استجابة زائدة في الشفاء مما يؤدي لعودة تضيق الآفة وهذه الآفات عادة ما تكون مسؤولة عن فشل التصنيع الوعائي خلال سنتين من الإجراء. وليس من المؤكد أن الجبائر تمنع حدوث هذا النكس وإن إعادة التصنيع الوعائي يمكن أن يكون ناجحاً في علاج هذا الحدث.

ثالثاً: الخثار: يمكن أن يحدث خثار حاد للشريان ثانوياً لتشكل خثرة موضعة أو تسلخ الآفة المعالجة وقد تتضمن المعالجة استعمال حالات الخثرة ووضع جبائر أو تداخل جراحي.

رابعاً: التمزق: إن القياس الحريص للمعة الشريان الذي سيجرى توسيعه يمكن أن يبقي هذا الاختلاط ضمن حدوده الدنيا.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) من الاختلاطات الناجمة عن التصنيع الوعائي خلال اللمعة عبر الجلد كل ما يلي ما عدا:

A)) الخثار ☑ B)) فرط تصنع البطانة ☑ C)) الصدمة ☒

D)) الصمة العصيدية ☑ E)) التمزق ☑

٢) من الاختلاطات الناجمة عن PTA كل ما يلي ما عدا:

A)) الخثار ☑ B)) فرط تصنع البطانة ☑ C)) ترقق جدار الشريان ☒

D)) الصمة العصيدية ☑ E)) التمزق ☑

استطبابات البتر ومضادات استطباب البتر:

استطبابات البتر وهي:

١. ألم معند أثناء الراحة: إذا لم يكن بالإمكان تدبير الألم أثناء الراحة الإقفاري باستعمال كميات معقولة من المسكنات عندها يكون البتر إجراءً ملائماً.

٢. تموت النسج المختلط بإنتان: حيث يتم إجراء البتر لهؤلاء المرضى من أجل إزالة مصدر الانتان.

مضادات استطباب البتر:

١. ألم أثناء الراحة: حيث يعتبر هؤلاء المرضى مؤهلين لإجراءات إعادة التروية دوائياً.

٢. خسارة النسج (التموت): حيث يعتبر هؤلاء المرضى مؤهلين لإجراءات إعادة التروية دوائياً.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) يستطب البتر عند المرضى الغير مؤهلين لإجراءات إعادة التروية في الحالات التالية:

A)) ألم أثناء الراحة ☒ B)) خسارة نسج مختلط بإنتان ☑

C)) كل ما سبق صحيح ☒ D)) كل ما سبق خطأ ☒

٢) يستطب البتر عند المرضى الغير مؤهلين لإجراءات إعادة التروية في الحالات التالية:

A)) ألم معند أثناء الراحة ☑ B)) خسارة نسج مختلط بإنتان ☑

C)) كل ما سبق صحيح ☑ D)) كل ما سبق خطأ ☒

٣) إن الإجراءات الجراحية تعد مضاد استطباب في:

A)) ألم أثناء الراحة ☑ B)) إنتان واسع يتضمن ذات عظم ونقي ☒

C)) كل ما سبق صحيح ☒ D)) كل ما سبق خطأ ☒

البتور في الأطراف السفلية:

١. البتر الإصبعي: يعبر السلامى القريبة ويترافق مع اضطراب خفيف في المشي.

٢. البتر الشعاعي: ويشير إلى بتر إصبع واحد مع رأس المشط الموافق ويترافق مع اضطراب خفيف في المشي.

٣. البتر عبر الأمشاط: ويشير إلى بتر مقدم القدم عبر منتصف جسم الأمشاط الخمسة مع شريحة ذات قاعدة خلفية ويترافق مع اضطراب خفيف في المشي بعد الجراحة.

٤. البتر تحت الركبة: يتم بتر بعرض راحة اليد تحت مستوى الطبق الظنبوبي عبر عظم الظنبوب والشظية مع تغطية للجذمور بوساطة شريحة خلفية طويلة ويمكن أن تؤمن الحركة عند مرضى البتر تحت الركبة وحيد الجانب بنسبة ٧٠-١٠٠٪ وتتطلب زيادة في الطاقة المبذولة للحركة بين ١٠-٤٠٪ نسبة للشخص الذي يستعمل القدمين.

٥. البتر فوق الركبة: وفيه يتم البتر عبر الثلث البعيد لعظم الفخذ وعادة ما تكون الشريحتان الأمامية والخلفية متساويتين ويمكن أن تؤمن الحركة عند مرضى البتر فوق الركبة وحيد الجانب بنسبة ١٠-٤٠٪ وتتطلب زيادة في الطاقة المبذولة للحركة بين ٧٠-١٠٠٪ نسبة للشخص الذي يستعمل القدمين مما يجعله يقترب من استخدام العكازتين أما المرضى مع بتر فوق الركبة ثنائي الجانب فيتحولون إلى معاقين عن الحركة.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في البتور في الأطراف السفلية:

A)) تؤمن الحركة عند مرضى البتر تحت الركبة وحيد الجانب بنسبة ٧٠-١٠٠٪ ☑

B)) يشير البتر الإصبعي إلى بتر إصبع واحد مع رأس المشط ☒

C)) كل ما سبق صحيح ☒ D)) كل ما سبق خطأ ☒

٢) في البتر الإصبعي:

A)) يحدث اضطراب خفيف في المشي ☑

B)) يشير البتر الإصبعي إلى بتر إصبع واحد مع رأس المشط ☒

C)) كل ما سبق صحيح ☒ D)) كل ما سبق خطأ ☒

٣) في البتور في الأطراف السفلية، اختر الصحيحة:

A)) البتر تحت الركبة وحيد الجانب يؤمن حركة بنسبة ١٠ – ٤٠٪ ☒

B)) البتر فوق الركبة وحيد الجانب يؤمن حركة بنسبة ٧٠ – ١٠٠٪ ☒

C)) البتر الشعاعي يشير إلى بتر مقدم القدم عبر منتصف الأمشاط الخمسة ☒

D)) البتر الإصبعي يشير إلى بتر إصبع واحد مع رأس المشط الموافق ☒

E)) البتر عبر الأمشاط يترافق مع اضطراب خفيف في المشي ☑

العلاج الدوائي عند المرضى غير المهددة أطرافهم مثل مرضى العرج المتقطع: يشمل كل ما يلي:

١) تعديل عوامل الخطورة: حيث يعتبر إيقاف التدخين عامل الخطورة الأهم الذي يمكن السيطرة عليه كما أن ارتفاع شحوم الدم وارتفاع التوتر الشرياني والداء السكري يعتبر مهماً من أجل الإنذار على المدى الطويل.

٢) البنتوكسيفللين: تم اعتماده كعلاج للعرج المتقطع حيث ينقص لزوجة كامل الدم بإنقاص فيبرينوجين المصل وتجمع الصفيحات فبعد علاج لمدة ٦-٨ أسابيع تقريباً فإن نصف المرضى سوف يضاعفون المسافة التي يسيرونها فإذا ما تم الحصول على تأثير إيجابي عندها يستمر العلاج بشكل دائم. من الأعراض الجانبية للدواء الانزعاج المعدي المعوي.

٣) برنامج التدريبات: يعتبر برنامج المشي للمرضى المصابين بالعرج المتقطع مفيداً في تخفيف بعض الأعراض وخلاله يحاول هؤلاء المرضى زيادة مسافة المشي تدريجياً. وإن تحسن الدوران الجانبي وتعديل استخدام المجموعات العضلية اقترح بأن يكون الآلية في إحداث هذا التأثير لكن لم يتم إثباته بعد.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) قصة سريرية حول مريض يعاني من عرج متقطع، كل مايلي صحيح في تدبيره ماعدا:

A)) اجراء مجازة ☒ B)) برنامج تدريبات ☑

C)) ايقاف التدخين ☑ D)) دواء البنتوكسيفللين ☑

المجازات الناقلة: استعملت عدة أنواع من المجازات بالاعتماد على وجود الوريد الصافن الكبير بنفس الطرف. حيث يعتبر الوريد الصافن الكبير بنفس الطرف هو الوعاء لإجراءات إعادة التروية في الطرف السفلي وعادة ما يستأصل ويعاد وضعه بشكل مقلوب بدون الحاجة لتخريب الدسامات. أما بالنسبة للمجازة الفخذية الظنبوبية فيمكن لقلب الوريد أن يخلق عدم تناسب حجمي عند كل من المفاغرتين ففي هذه الحالة يترك الوريد الصافن الكبير في مكانه وتخرب الدسامات ويتم ربط فروع الوريد.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) أفضل مجازة فخذية ظنبوبية هي : A)) وريد صافن كبير في نفس الجهة ☑

البحث الثالث: الآفات الأبهرية الحرقفية السادة

المظاهر السريرية والفحص السريري:

أولاً: الأعراض:

١) العرج المتقطع: تكون الإصابة أكثر شيوعاً في الإليتين والفخذ والربلتين. أما الألم أثناء الراحة الإقفاري وخسارة النسج فهما من النادر أن يوجدا ما لم يكن هنالك آفة شريانية محيطية موجودة.

٢) متلازمة لوريش: بداية وصفت كنقص تصنع في الجزء البعيد من الشريان الأبهر وتشير إلى ثالوث العرج المتقطع في الإليتين والفخذ وغياب النبض في الشريانين الفخذيين والعنانة عند الذكور.

٣) الصمات العصيدية المحيطية: تشير إلى تمزق في اللويحات العصيدية التصلبية وانطلاق صمات دقيقة إلى الدوران المحيطي كنتيجة لذلك وهذا ما يسبب متلازمة الإصبع الأزرق في الآفة الأبهرية الحرقفية ويمكن للمتلازمة أن تكون وحيدة الجانب أو ثنائية الجانب في وجود تصلب عصيدي أبهري وتكون المتلازمة وحيدة الجانب إذا كانت معزولة بالشريان الحرقفي.

حالة الصمة العصيدية تبقى سليمة بشكل عام مع إصبع أو أصابع ناقصة التوعية مؤلمة خاصة باللمس.

ثانياً: الفحص السريري: وهو يبدي ضعف في النبض الفخذي (بالتالي محيطياً) كما يمكن سماع نفخات في الحوض وفي

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في الآفات الأبهرية الحرقفية السادة كل ما يلي صحيح ما عدا :

A)) يحدث ألم بطني من ضمن الأعراض ☒
B)) يمكن سماع نفخات في الحوض ☑
C)) أصابع ناقصة التوعية مؤلمة خاصة باللمس ☑
D)) عرج متقطع في الإليتين والفخذين والربلتين ☑

٢) تحدث متلازمة الإصبع الأزرق بسبب :

A)) انطلاق صمات عصيدية صغيرة من الشريان الأبهر والحرقفيين ☑
B)) انطلاق صمات خثرية كبيرة من القلب أو الشريان الأبهر ☒
C)) كل ما سبق صحيح ☒
D)) كل ما سبق خطأ ☒

٣) الخطأ في متلازمة لوريش :

A)) غياب النبض في مستوى الشريان المأبضي ☒
B)) عرج متقطع في الإليتين والفخذ ☑
C)) عنانة لدى الذكور ☑
D)) وصفت في البداية كنقص تصنع في الجزء البعيد من الشريان الأبهر ☑

التداخل عبر الجلد في الآفات الأبهرية الحرقفية السادة: يعتبر تصنيع الشريان بتوسيعه ووضع جبائر في القطع الأبهرية الحرقفية هو الإجراء المفضل للتضيقات أو الانسدادات القصيرة البؤرية. الآفات ثنائية الجانب تعالج عبر مدخل فخذي أصلي واحد. في حالة تضيق القسم السفلي من الأبهر أو وجود آفات شريانية حرقفية أصلية ثنائية الجانب متطورة فتوضع جبيرتين متقابلتين بنفس الوقت وفي نفس المستوى بعيداً عن القسم السفلي للأبهر من خلال كل شريان حرقفي أصلي.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) نلجأ للتصنيع الوعائي عبر الجلد في : A)) الآفات الموضعة الصغيرة ☑

المجازات الشريانية في الآفات الأبهرية الحرقفية السادة: إن المرضى المصابين بآفة منتشرة في الأبهر والشريانين الحرقفيين والفخذيين وغير القابلين للتصنيع بالبالون والجبائر وتكون المجازة الشريانية هي الطريقة المختارة للعلاج وفي كل هذه الإجراءات وعلى العكس من المجازات تحت الرباط تفضل المجازات الصنعية (إما داكرون أو بولي تترافلوروايتيلين PTEF).

١) المجازة الأبهرية الفخذية ثنائية الجانب: وهي تعد المقايس الذهبي للإجراءات إعادة التروية للجريان المصاب.

٢) المجازات خارج التشريحية: كالشريان الفخذي المقابل أو الشريان الإبطي واللذان يمكن أن يستعملا كمصدر بديل للجريان الدموي في الآفات الأبهرية الحرقفية السادة.

٣) المجازة الفخذية الفخذية: هي الإجراء المفضل لدى المرضى الذين لديهم إصابة حرقفية وحيدة الجانب.

٤) المجازة الأبطية الفخذية ثنائية الجانب: تجرى عند المرضى ذوي الإصابة الأبهرية الحرقفية ثنائية الجانب الشديدة والذين لا يتحملون إجراء الوصلة الأبهرية الفخذية ثنائية الجانب.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) أفضل إجراء في الآفات الأبهرية الحرقفية السادة المنتشرة:

A)) مجازة أبهرية فخذية ثنائية الجانب ☑
B)) مجازة إبطية فخذية ثنائية الجانب باستعمال الداكرون ☒
C)) مجازة فخذية فخذية ☒
D)) مجازة إبطية فخذية ثنائية الجانب باستعمال الصافن الكبير ☒

البحث الرابع: نقص التروية الشريانية الحاد في الطرف السفلي

الصمة (أحد الأسباب الشائعة لنقص التروية الحاد في الطرف السفلي): وهي انتقال مادة ضمن الجريان الدموي إلى مكان أكثر محيطية مما يؤدي لانقطاع الجريان الدموي الحاد عند هذا المستوى. الصمات الأكبر حجماً ستنحشر عند التفرع الثنائي الأبعد والمكان الأكثر شيوعاص لتجمع الصمات هو الشريان الفخذي السطحي يتلوه الجهاز الأبهري الحرقفي والشرايين المأبضية أما بقايا الصمة الأصغر فتنحشر في القسم البعيد من الجهاز الظنبوبي أو في الشرايين الإصبعية (متلازمة الإصبع الأزرق).

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) أشيع مكان للصمات الكبيرة: A)) الشريان الفخذي الأصلي ☑

٢) تحدث متلازمة الإصبع الأزرق بسبب:

A)) خثار موضع في القوس الأخمصية والشرايين الإصبعية ☑
B)) نقص تروية حاد في الطرف ☒
C)) كل ما سبق صحيح ☑
D)) كل ما سبق خطأ ☒

الخثار الموضع (أحد الأسباب الشائعة لنقص التروية الحاد في الطرف السفلي): يمكن للخثار الموضع في قطعة شريانية أن يحدث نقص تروية حاد وهذا يمكن أن يحصل في حالتين:

١. إن خثار وعاء ذي إصابة مزمنة ويكون أكثر شيوعاً في الشرايين الفخذية السطحية أو الشرايين المأبضية، قد يسبب نقص تروية حاد إذا كان الدوران الجانبي المعاوض غير متطور بشكل جيد أو مصاباً بالخثار الموضع.

وهذا غالباً ما

٢. حالات فرط القابلية للتخثر: يمكن أن تسبب خثاراً شريانياً حتى لو كانت القطعة الشريانية سليمة، وهذا غالباً ما يحدث في القطع المحيطية مثل الأوعية الظنبوبية أو القوس الأخمصية.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) فرط القابلية للتخثر يكون في: A)) الأوعية الظنبوبية والقوس الأخمصية ☑

٢) خثار وعاء ذي إصابة مزمنة تكون في: A)) الشرايين الفخذية السطحية والمأبضية ☑

٣) بالنسبة للخثار الموضع:

A)) إن خثار وعاء ذي إصابة مزمنة ويكون أكثر شيوعاً في الأوعية الظنبوبية أو القوس الأخمصية ☒

B)) حالات فرط القابلية للتخثر يكون أكثر شيوعاً في الشرايين الفخذية السطحية أو الشرايين المأبضية ☒

C)) كل ما سبق صحيح ☒

D)) كل ما سبق خطأ ☑

المعالجة لنقص التروية الشرياني الحاد: يتضمن التدبير السريع للانسداد الشرياني الحاد تشخيصاً سريعاً وتصحيحاً جراحياً فورياً للانسداد.

أولاً: المعالجة العامة:

١. المعالجة بالهيبارين: حيث تبدء المعالجة لنقص التروية الشرياني الحاد بإعطاء الهيبارين تسريباً وريدياً كمضاد تخثر كا لم يكن هنالك مضاد استطباب لإعطاء الهيبارين (كنقص الصفيحات المحرض بالهيبارين) ويجب أن يعطى الهيبارين كدفعة بدئية تقدر بـ ١٠٠ وحدة/كغ وتتابع بـ ١٠٠٠ وحدة/ساعة حتى وقت إجراء الجراحة.

٢. الإماهة: يجب أن تتم إماهة المرضى بشكل جيد للمحافظة على نتاج بولي عال (١٠٠ مل/ساعة) وتستعمل قلونة البول والمدرات الحلولية (مانيتول) لحماية الكلية من التلف بسبب بيلة الميوغلوبين في المرضى الذين لديهم نقص تروية شديدة ولمدة طويلة.

٣. إعادة التروية: تكون المعالجة النهائية بإعادة الجريان الدموي للطرف ناقص التروية ففي نقص التروية الحاد تتم مثالياً خلال ٦ ساعات من بدء الحدث الحاد وذلك لتجنب التلف غير القابل للإصلاح في الأعصاب والعضلات.

ثانياً: المعالجة الجراحية:

بعد هبرنة المريض يؤخذ مباشرة لغرفة العمليات لإعادة التروية وخاصة إذا وجدت نغيرات حسية حركية.

١. استئصال الصمة: وهو الإجراء المفضل في حالات الصمات الكبيرة والشرايين الأكبر حجماً مثل الشريان الفخذي الأصلي ويجرى بإدخال قثطرة ذات بالون في نهايتها عبر خزع معترض في جدار الشريان عند مستوى الانسداد تدخل القثطرة عبر الصمة (وذيلها الخثري) ثم ينفخ البالون ثم تسحب القثطرة فتستخرج معها الخثرة ويحدد نجاح استئصال الصمة الخثرية بإجراء الصتوير الشرياني وتكوةن نسبة الإمراضية والوفيات عموماً متعلقة بمشاكل المريض الطبية المرافقة.

٢. المجازة: في حالات الخثار أو عندما يكون استئصال الصمة الخثرية غير ملائم يكون من الضروري أجراء مجازة شريانية جراحية لإعادة التروية كما وصف سابقاً في نقص التروية الشريانية المزمنة. ويجرى التصوير الشرياني الظليل خلال العمل الجراحي إذا لم يكن قد اجري قبل العمل الجراحي لتحديد مستوى الجريان الشرياني البعيد.

ثالثاً: المعالجة بحالات الخثرة: يمكن أن تستعمل المعالجة الحالة للخثرة في بعض الحالات المنتخبة مثل الحالات التي أجري لها تداخلات وعائية سابقة. وقد استعمل لحل الخثرة الحادة المتشكلة مواد مثل مفعلة مولد البلازمين النسيجية TPA واليوروكيناز. ومن فوائدها احتمال تصحيح السبب الموجود الذي أدى لتشكل الخثرة بالتصنيع الوعائي (مما يجنب الجراحة كلياً) أو بإجراءات جراحية محدودة

مضادات استطباب المعالجة الحالة للخثرة:

أ) وجود تغيرات حسية حركية بالفحص السريري (لأن العلاج بحالات الخثرة يتطلب >٢٤ ساعة للعلاج)

ب) جراحة حديثة (أقل من أسبوعين)

ت) وجود آفة مرضية داخل القحف

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في نقص التروية الحاد في الطرف السفلي اختر الإجابة الصحيحة:

A)) يكون الألم ذو بدء تدريجي ويشتد مع الزمن ☒
B)) الزمن اللازم لإنقاذ الطرف هو ٨ ساعات ☒
C)) كل ماسبق صحيح ☒
D)) كل ما سبق خطأ ☑

٢) في علاج نقص التروية الحاد للطرف السفلي:

A)) هيبارين ☑
B)) استئصال الصمة ☑
C)) مدرات حلولية دائماً ☒

٣) يتم إعادة التروية للطرف ناقص التروية خلال:

A)) ٢ ساعة ☒
B)) ٣ ساعة ☒
C)) ٦ ساعة ☑
D)) ٨ ساعة ☒

٤) من مضادات استطباب العلاج بحالات الخثرة في حالة نقص التروية الحاد:

A)) وجود احتشاء عضلة قلبية منذ أكثر من ٦ أشهر ☒
B)) وجود شلل بالطرف بالفحص السريري ☒
C)) تكلسات على الضفائر المشيمية في البطينات الدماغية ☑
D)) وجود جراحة منذ أقل من ٣ أشهر ☒

٥) في علاج نقص التروية الحاد في الطرف السفلي، الخطأ: A)) العلاج بالوارفارين ☒

٦) من مضادات استطباب العلاج بحالات الخثرة في حالة نقص التروية الحاد:

A)) العلاج بحالات الخثرة يتطلب ٤٨ ساعة ☒
B)) احتشاء قلب منذ ٦ أشهر ☒
C)) تغيرات حسية حركية بالفحص السريري ☑
D)) جراحة منذ أسابيع ☒

❀ **مصادر الصمات في نقص التروية الحاد:**

أولاً: المصدر القلبي: ويشكل ٨٥٪ من الحالات ويشمل: الخثرة الأذينية والخثرة البطينية والدسامات المخربة بآفة رثوية قلبية و بقاء الفتحة البيضية.

ثانياً: المصدر الوعائي: ويشكل ١٥٪ من الحالات ويشمل: لويحات عصيدية تصلبية و أمهات الدم.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) مصادر الصمات:

A)) قلبي ٨٥٪ ☑ B)) وعائي ١٥٪ ☑ C)) كل ما سبق صحيح ☑ D)) كل ما سبق خطأ ☒

٢) الصمة كسبب لنقص التروية الحاد، الصح:

A)) قلبي ٦٠٪ ☒ B)) وعائي ٤٠٪ ☒ C)) كل ما سبق صحيح ☒ D)) كل ما سبق خطأ ☑

❀ **تناذر الحجرات:** وهو أحد اختلاطات معالجة نقص التروية الحاد حيث أن أذية إعادة التروية للعضلة يمكن أن تؤدي لتورم وازدياد في الضغوط داخل الحجرات العضلية ضمن المسافة الصفاقية للربلة وغذا لم تعالج تنقطع التروية الشعرية مما يؤدي لأذية عصبية (عادة هبوط قدم) مع أو بدون خسارة أنسجة. وتتضمن المظاهر السريرية ألماً في الربلة خاصة مع التمطيط السلبي وإيلاماً بالجس وضياع الإحساس في المسافة الأولى بين الأصابع ويكون العلاج المفضل بإجراء خزع للصفاق وتحرير المسافات العضلية. يجب أن نعلم ان الضغط الطبيعي ضمن الحجرات هو ٤٠ ملم.ز وعندما يتجاوز ذلك تبدء لدينا تظاهرات تناذر الحجرات.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في استطبابات تناذر الحجرات كل ما يلي صحيح ما عدا: (سؤال خارج المقرر)

A)) نقص تروية يستمر ٤ – ٦ ساعات ☑

B)) صدمة قبل العمل الجراحي ☑

C)) الضغط في الحجرة> ٢٠ملم.ز ☒

D)) نقص حس (خدر) ونقص حركة (شلل) ☑

٢) في تناذر الحجرات، الخطأ: A)) العلاج المفضل صادات واسعة الطيف مع مراقبة مستمرة ☒

٣) في تناذر الحجرات كل ما يلي صحيح ما عدا:

A)) ألم في الربلة خاصة مع التمطيط السلبي ☑

B)) ضياع الحس في المسافة الأولى بين الأصابع ☑

C)) العلاج بمضادات الوذمة مع راحة ورفع الطرف ☒

D)) يزداد الضغط ضمن المسافات الصفاقية للربلة ☑

٤) في تناذر الحجرات كل ما يلي صحيح ما عدا:

A)) يمكن أن يؤدي لهبوط قدم ☑

B)) ضياع الحس في المسافة الأولى بين الأصابع ☑

C)) العلاج بمضادات الوذمة مع راحة ورفع الطرف ☒

D)) يزداد الضغط ضمن المسافات الصفاقية للربلة

البحث الخامس: الإصابات الوعائية المساريقية

أسباب وعلاج نقص التروية المساريقي الحاد:

أولاً: الأسباب: حيث يمكن أن يحدث للأسباب التالية:

١) صمة: حيث يعتبر الشريان المساريقي العلوي المكان المعتاد للانصمام البعيد وعموماً تتوضع الصمة عند منشأه على بعد عدة سنتيمترات محيطياً (عند مستوى الشريان الكولوني الأوسط) وكما في الانصمام في الطرف السفلي فإن المصدر عادة ما يكون من القلب (رجفان أذيني أو احتشاء عضلة قلبية).

٢) الخثار: إن الانسداد المفاجئ لآفات عصيدية تصلبية موجودة سابقاً في الأوعية الحشوية يمكن أن يسبب نقص تروية مساريقي حاد ويبدأ الخثار عادة عند منشأ الشريان لأن التصلب العصيدي المساريقي عادة يصيب منشأ الشريان. سيعترف هؤلاء المرضى بوجود أعراض سابقة لنقص التروية المساريقي المزمن.

٣) نقص التروية المساريقي اللاانسدادي: وينجم عن حالات من انخفاض الجريان الدموي للشرايين المساريقية كم يحدث في الصدمة قلبية المنشأ. فقد لوحظت عند المرضى بعد المجازات القلبية الرئوية وعند المرضى الذين يتطلبون إعطاء جرعات عالية من مقبضات الأوعية وريدياً أو مقويات القلب مثل الإبنفرين.

ثانياً: العلاج: تعتمد المعالجة اللاحقة على الموجودات الشعاعية في التصوير الشرياني الظليل الذي يعد مشخصاً لنقص التروية المساريقي الحاد ويتضمن العلاج:

١) يجرى استئصال الصمة على الفور إن وجدت وتتلوها معالجة بالمميعات على افتراض وجود منشأ قلبي للصمة.

٢) تجرى مجازة أبهرية مساريقية عاجلة إن كان السبب خثاراً (يصيب عادة منشأ الشريان الزلاقي والمساريقي العلوي) وعادة ما تستعمل المجازات الصنعية إلا في حالة وجود احتشاء أمعاء فعندها يفضل الوريد الصافن الكبير.

٣) في حال نقص التروية المساريقية اللاانسدادية يكون العلاج بالتسريب الوريدي المباشر لموسعات الأوعية مثل البابافرين والنتروغليسرين في الشريان المساريقي العلوي ويعتبر دعم النتاج القلبي وعكس حالة انخفاض الجريان أمرٌ في غاية الأهمية.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في نقص التروية المساريقي الحاد كل ما يلي صحيح ما عدا:

A)) يمكن أن يحدث بسبب خثار في سياق آفة تصلبية عصيدية في الأوعية المساريقية ☑

B)) عادة ما يستعمل الوريد الصافن الكبير عند وجود احتشاء ☑

C)) تتوضع الصمة عادة عند منشأ الشريان المساريقي ☒

D)) يمكن أن يحدث في سياق صدمة قلبية ☑

٢) في نقص التروية المساريقي الحاد، الخطأ:

A)) صدمة قلبية ☑ B)) رجفان أذيني ☑

C)) صمة عند منشأ الشريان ☒ D)) احتشاء عضلة قلبية ☑

٣) في نقص التروية المساريقي الحاد، الخطأ:

A)) قد يحدث في سياق صدمة قلبية ☑ B)) يحدث انصمام في الشريان المساريقي العلوي ☑

C)) المجازة المفضلة في الاحتشاء هي المجازة الصنعية ☒

٤) في علاج نقص التروية المساريقي الحاد، الخطأ: A)) فتح بطن إسعافي بعد ٢٤سا في كل الحالات ☒

٥) في علاج نقص التروية المساريقي الحاد:

A)) استئصال الصمة أو إجراء مجازة شريانية ☑ B)) استئصال الأمعاء في كل الحالات ☒

C)) كل ما سبق صحيح ☒ D)) كل ما سبق خطأ ☒

❀ المظاهر السريرية لنقص التروية المساريقي المزمن:

١. الألم البطني بعد الطعام: وهو يحدث في الناحية الشرسوفية وعادة من نصف ساعة إلى ساعتين بعد الوجبة.

٢. الخوف من الطعام: وينجم عن الترافق المزمن بين الطعام والألم التالي له.

٣. نقص الوزن.

٤. أعراض إضافية: عسرة الحركية المعدية المعوية، وغالباً ما يتأخر التشخيص النهائي حتى سنة أو سنتين نا لم يوجد مشعر عال للشك بالإصابة.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) من المظاهر السريرية في نقص التروية المساريقي المزمن:

A)) الألم البطني بعد الطعام ☑ B)) نقص الوزن ☑

C)) الإسهال ☒ D)) عسر الحركية المعدية المعوية ☑

❀ الخثار المساريقي الوريدي:

أولاً: الأسباب: يترافق عادة مع حالة من فرط قابلية للتخثر بما فيها حالات التنشؤ أو الشذوذات الدموية.

ثانياً: التشخيص: يوجه للتشخيص بالـ CT الذي يظهر تكاثف المادة الظليلة في جدار الوريد المساريقي بدون وجود جريان في اللمعة.

ثالثاً: العلاج: وهو نمطين:

١) معالجة طبية: بإعطاء مانعات التخثر (هيبارين وريدي) ومعالجة السبب الكامن.

٢) فتح بطن: وهو ضروري عند المرضى الذين يتطور لديهم التهاب بريتوان ولكن في ٧٥٪ من الحالات يمكن معالجة المرضى طبياً إذا وضع التشخيص سريعاً وأعطي العلاج اللازم.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في الخثار المساريقي الوريدي:

A)) يترافق مع حالات التنشؤ أو الشذوذات الدموية ☑

B)) CT يظهر تكاثف المادة الظليلة في جدار الوريد المساريقي بدون وجود جريان في اللمعة ☑

C)) يجرى فتح بطن في ٧٥٪ من المرضى ☒

D)) معالجة بإعطاء مانعات التخثر ومعالجة السبب الكامن ☑

البحث السادس: تضيق الشريان الكلوي

أسباب تضيق الشريان الكلوي: يعتبر التصلب العصيدي وعسر التصنع الليفي العضلي السببين الأكثر شيوعاً لتضيق الشريان الكلوي ويحدث التصلب العصيدي عادة عند البالغين الأكبر سناً ويصيب مداخل الشرايين الكلوية أما عسر التصنع الليفي العضلي فيصيب عموماً النساء اليافعات ويسبب تضيقات للقسم المتوسط والبعيد للشرايين الكلوية.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) من أسباب تضيق الشرايين الكلوية، اختر الصحيحة:

A)) التصلب العصيدي ويصيب القسم المتوسط والبعيد للشرايين الكلوية ☒

B)) عسر التصنع الليفي العضلي ويصيب مداخل الشرايين الكلوية ☒

C)) كل ما سبق صحيح ☒ D)) كل ما سبق خطأ ☑

٢) من أسباب تضيق الشرايين الكلوية، اختر الصحيحة:

A)) عسر التصنع الليفي ويصيب الذكور البالغين الأكبر سناً ☒

B)) التصلب العصيدي ويصيب مداخل الشرايين الكلوية ☑

C)) كل ما سبق صحيح ☒ D)) كل ما سبق خطأ ☒

٣) في تضيق الشريان الكلوي، التصلب العصيدي:

A)) يصيب البالغين الأكبر سناً ☑ B)) يصيب مداخل الشرايين الكلوية ☑

C)) كل ما سبق صحيح ☑ D)) كل ما سبق خطأ ☒

٤) عسر التصنع الليفي العضلي:

A)) يصيب القسم المتوسط والبعيد للشرايين الكلوية ☑

المظاهر السريرية لتضيق الشريان الكلوي: يشكل ارتفاع التوتر الشرياني الكلوي المنشأ سبباً نادراً لارتفاع التوتر الشرياني (أقل من ٥ ٪ من كل مرضى ارتفاع التوتر الشرياني) ويجب أن يشك بتشخيص تضيق الشريان الكلوي عند المرضى الذين يبدون المظاهر التالية:

١. بدء مفاجئ لارتفاع توتر شرياني شديد عند مرضى أعمارهم أقل من ٣٥ سنة أو أكبر من ٥٥ سنة.
٢. تدهور مفاجئ لارتفاع توتر شرياني معالج ومضبوط بشكل جيد سابقاً.
٣. عدم التمكن من ضبط ضغط الدم رغم استعمال أدوية عديدة.
٤. وجود نفخات في البطن أو الخاصرة مترافقة مع احد المظاهر الثلاثة السابقة.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) يشك بوجود تضيق الشريان الكلوي في كل من الحالات التالية ما عدا:

A)) وجود نفخات في البطن أو الخاصرة ☑

B)) عدم التمكن من ضبط ضغط الدم رغم استعمال أدوية عديدة ☑

C)) تدهور مفاجئ لارتفاع توتر شرياني معالج ومضبوط بشكل جيد سابقاً ☑

D)) بدء مفاجئ لارتفاع توتر شرياني شديد عند مرضى أعمارهم ٣٥ – ٥٥ سنة ☒

علاج تضيق الشريان الكلوي:

أولاً: التوسيع عبر الجلد: حيث يعتبر معالجة فعالة جداً عند المرضى المصابين بآفات في منتصف الشريان الكلوي وتحدث هذه الآفات بشكل متكرر عن المرضى المصابين بعسر تصنع ليفي عضلي وتكون النتائج القريبة والبعيدة للمرضى المختارين ممتازة.

ثانياً: الجبائر: وهي تستخدم مع التوسيع الوعائي وهي أثبتت نجاحها في تدبير المرضى المصابين بتضيق منشأ الشريان الكلوي (تصلب عصيدي موضع).

ثالثاً: استئصال بطانة الشريان الكلوي: وهي يمكن أن تستعمل في حالة التصلب العصيدي الموضع أحادي او ثنائي الجانب لمنشأ الشريان الكلوي (تصلب عصيدي موضع أحادي أو ثنائي الجانب).

رابعاً: المجازة الأبهرية الكلوية: وتوضع بعد الآفة وتعتبر الإجراء الأكثر شيوعاً، ويعتبر الوريد الصافن عند البالغين والشريان الخثلي عند الأطفال المجازتين المفضلتين ويستعمل عادة الأبهر إما فوق أو تحت الشريان الكلوي كمنشأ للطعم الشرياني أما المصادر الأخرى للجريان الصادر فهي الشريان الكبدي والشريان الطحالي والشرايين الحرقفية.

وفي نسبة قليلة من المرضى الذين لديهم آفات متعددة تصيب كلا الشريان الكلوي الرئيسي وفروع السرة الكلوية يمكن أن تستأصل الكلية وتبرد ويتم إصلاحها خارج الجسم ثم تعاد إلى مكانها التشريحي أو تزرع في الحوض.

خامساً: استئصال الكلية: وهو إجراء بديل في حالة وجود آفة وحيدة الجانب مع كلية طبيعية في الجانب المقابل ويكون الاستطباب ارتفاع التوتر الشرياني معند مع ارتفاع الرينين من الكلية المصابة وتثبيط الكلية السليمة وعادة يختار هذا الإجراء للكلى الصغيرة غير الفعالة وظيفياً.

سادساً: العلاج الدوائي (الأدوية الخافضة للضغط): وهو يعد إجراء اكثر حكمة من الجراحة للمرضى المصابين بتصلب عصيدي معمم وعلى العكس تكون المعالجة الطبية أقل من الإجراءات الجراحية عند الاطفال أو المرضى المصابين بعسر تصنع ليفي عضلي. وترتفع مخاطر المعالجة الطبية عندما يكون الضغط الدموي شاذا أو صعب الضبط. لذلك تستعمل لضبط الضغط الشرياني المرتفع بشكل خفيف او معتدل بسبب تضيق الشريان الكلوي (الضغط الانبساطي ٩٠-١٠٠مم.ز).

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) تستطب المعالجة الطبية لتضيق الشريان الكلوي في الحالات التالية:

A)) عسر تصنع ليفي عضلي ☒ B)) تصلب عصيدي معند ☒

C)) كلاهما صح ☒ D)) كلاهما خطأ ☑

٢) علاجات تضيق الشريان الكلوي كل مايلي صحيح ما عدا:

A)) التوسيع عبر الجلد عند مرضى عسر التصنع الليفي العضلي يؤدي إلى تحسن ☑

B)) استئصال الكلية وإصلاحها خارج الجسم في الإصابات المتعددة للشريان الكلوي الرئيسي وفروع السرة الكلوية ☑

C)) استئصال بطانة الشرياني ☑

D)) يفيد التوسيع والجبائر بوجود آفات منتشرة في فروع الشرايين الكلوية ☒

٣) سؤال وصل:

١- علاج التصلب العصيدي المنتشر (المعمم) ، الجواب: C

٢- علاج التصلب العصيدي الموضع، الجواب: B

٣- علاج عسر التصنع الليفي العضلي، الجواب: A

A)) توسيع عبر الجلد B)) توسيع + جبائر C)) طبي دوائي

مشعر الرينين الكلوي/الجهازي: وهو يثبت مساهمة كل كلية في ريني البلازما وتثبت تثبط الكلية المقابلة عند وجود إصابة كلوية وحيدة الجانب.

1. المعادلة هي: (رينين الوريد الكلوي – رينين الأجوف تحت الكلويين) / الرينين الجهازي.
2. إن ارتفاع المشعر عن ٠.٤٨ يوجه لوجود فرط إفراز في الكلية المفحوصة.
3. أما عندما يقترب المشعر من الصفر فهذا يوجه لتثبيط في هذه الكلية.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) من خلال الإجراء التشخيصي لتضيق الشريان الكلوي تبين أن مشعر الرينين الكلوي/الجهازي في الكلية اليمنى يساوي ٠.٦ وفي الكلية اليسرى ٠.٢ فهذا يعني:

A)) تضيق شريان كلوي أيمن ☑

البحث السابع: الآفات الوعائية الدماغية خارج القحف

الهجمات الإقفارية العابرة: وهي نوبات من الأعراض العصبية الموضعة، سببها إصابة الشريان السباتي بالخاصة، وتتظاهر المتلازمة ببداية مفاجئة وتصل الأعراض ذروتها خلال أقل من ٥ دقائق ويحصل الانفراج السريع خلال ١٥ دقيقة أما بالتعريف فيحصل الشفاء خلال ٢٤ ساعة وتتوافق الأعراض العصبية مع التوزيع الشرياني لنصف الكرة المخية المحدد. أما الأعراض فهي: ١) عجز حركي وحسي في الجهة المقابلة للشريان السباتي المصاب ٢) حبسة تعبيرية أو عامة.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في الهجمات الإقفارية العابرة أين الإجابة الخاطئة:

A)) بداية مفاجئة ☑ B)) تنشأ من إصابة الشريان السباتي بالخاصة ☑

C)) من الأعراض الحبسة التعبيرية ☑ D)) من الأعراض الهزع ☒

٢) في الهجمات الإقفارية العابرة أين الإجابة الصحيحة:

A)) تصل الأعراض ذروتها خلال ٣٥ د ☒ B)) يحصل الانفراج السريع خلال ساعة ☒

C)) يحصل الشفاء خلال ٤٨ ساعة ☒

D)) تتوافق الأعراض مع التوزع الشرياني لنصف الكرة المخية المحدد ☑

فقد الرؤية المفاجئ: وهو فقد رؤية وحيد الجانب ويكون عابراً بسبب صمة في الشريان الشبكي وقد يظهر فحص الشبكية وجود لويحات كولسترولية صفراء فاقعة او رمادية ضمن الشريان الشبكي.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في فقد الرؤية المفاجئ أين الإجابة الخاطئة:

A)) سببه صمة في الشريان الشبكي ☑ B)) يكون وحيد الجانب ☑

C)) بالفحص يوجد لويحات كولسترولية صفراء في الشبكية ☑ D)) هو اصابة دائمة ☒

❁ **إصابة الشريان الفقري القاعدي:** تغذي الشرايين الفقرية القاعدية الدوران الخلفي للدماغ ويمكن أن تتظاهر أعراض نقص التروية الفقرية القاعدية بشكل نقص تروية عابر او فالج وقد تتضمن الأعراض ما يلي: ١) فقد رؤية ، شفع ٢) الهزع أو اضطراب التوازن .

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في حال إصابة شخص بالهزع واضطراب التوازن نفكر في إصابة الشريان:

A)) الشريان السباتي الباطن ☒

B)) الشريان الفقري القاعدي ☑

C)) كلاهما خطأ ☒

D)) كلاهما صح ☒

٢) سؤال وصل:

١- عجز حركي أيمن ، الجواب: B

٢- عجز حركي أيسر، الجواب: A

٣- فقدان الرؤية، الجواب: C

٤- الهزع، الجواب: C

٥- حبسة تعبيرية، الجواب: B

A)) إصابة شريان سباتي أيمن B)) إصابة شريان سباتي أيسر C)) إصابة شريان فقري قاعدي

❁ **النفخات السباتية:** وهي تحدث بسبب اضطراب في الجريان الدموي ضمن الجهاز السباتي. ولأن معظم الآفات العصيدية التصلبية تحدث عند مستوى تفرع الشريان السباتي فإن النفخات الناشئة من السباتي أفضل ما تسمع أسفل زاوية الفك. ويمكن أن تختلط النفخات السباتية مع النفخات المبثوثة من القلب أو مع النفخات القلبية وهذه على كل حال عادة ما تسمع في الجانبين وأكثر ارتفاعاً في أسفل العنق. ويجب أن نعلم ما يلي:

١. لا يمكن الاعتماد على النفخات السباتية كمشعر للآفة الشريانية السباتية الشديدة فتقريباً ٦٠٪ من المرضى الذين لديهم نفخات يكون عندهم بعض الإصابة في الشريان السباتي وفقط ٣٥٪ من المرضى الذين لديهم نفخات يكون لديهم إصابة هيموديناميكية هامة و٥٠٪ من المرضى فقط يكون لديهم نفخات من أصل كل المرضى الذين لديهم تضيقات هامة هيموديناميكياً.

٢. يعتبر وجود النفخة السباتية مشعراً أكثر أهمية في توقع حدوث احتشاء العضلة القلبية اكثر منه معبراً عن توقع حدوث الفالج في نفس الجهة لذلك وجود النفخات السباتية يجب أن ينبه الفاحص عن وجود آفة تصلبية عصيدية معممة (وخاصة آفة الشريان الإكليلي) وليس فقط آفة سباتية.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) النفخات السباتية ما عدا: A)) يمكن الاعتماد عليها كمشعرات للآفة الشريانية السباتية الشديدة ☒

٢) النفخات السباتية:

B)) لا تفيد في إمكانية وجود إصابة قلبية ☒

A))مشعر مهم لتقييم وجود تضيق ☒

D)) الجواب الصحيح ☑

C)) تعتبر مسموعة بالأيسر أفضل من أعلى العنق ☒

٣) هل يمكن اعتبار النفخات السباتية مشعراً للتضيق في الشريان السباتي:

A)) نعم ☒ B)) لا ☑

٤) النفخات السباتية:

A))مشعر مهم لتقييم وجود تضيق سباتي ☒ B)) لا تفيد في إمكانية وجود إصابة إكليلية ☒

C)) تسمع أسفل العنق ☒ D)) كل ما سبق خطأ ☑

جدول خرافي هام من سلايدات الدكتور لتقييم شدة التضيق في الشريان السباتي:

نسبة التضيق	PSV سرعة قمة الانقباض	EDV سرعة نهاية الانبساط	Vr نسبة السرعة
طبيعي	PSV < 123	EDV < 140	Vr < 4.0
١ – ١٥ ٪	PSV < 123	EDV < 140	Vr < 4.0
١٦ – ٤٩ ٪	PSV < 123	EDV > 140	Vr < 4.0
٥٠ – ٧٩ ٪	PSV > 123	EDV < 140	Vr < 4.0
٨٠ – ٩٩ ٪	PSV > 123	EDV > 140	Vr > 4.0

أسئلة الدورات حول الجدول السابق:

١) مريض لديه بالإيكو دوبلر سرعة قمة الانقباض في الشريان السباتي الباطن ٢٦٧ وسرعة نهاية الانبساط ١٢٣ ونسبة السرعة ٢.٣٢ فإن مقدار التضيق في الشريان السباتي لديه هي:

A)) ١ – ١٥ ٪ ☒ B)) ١٦ – ٤٩ ٪ ☒

C)) ٥٠ – ٧٩ ٪ ☑ D)) ٨٠ – ٩٩ ٪ ☒

٢) سؤال فراغات:

A)) أكبر من ١٢٣ B)) أقل من ١٢٣ C)) أكبر من ١٤٠ D)) أقل من ١٤٠

في حال وجود تضيق في الشريان السباتي بنسبة ٥٠ – ٧٩ % فعند إجراء إيكو دوبلر تكون سرعة الجريان في نهاية الانبساط (D) وتكون قمة الجريان في الانقباض (A) وفي حال التضيق بنسبة ٨٠ – ٩٩ % فعند إجراء إيكو دوبلر تكون سرعة الجريان في نهاية الانبساط (C) وتكون قمة الجريان في الانقباض (A)

المعالجة الطبية للتضيق السباتي بالتيكلوبيدين: وهو عامل مضاد للصفيحات ثبتت فعاليته في إنقاص خطر حدوث الفالج في المرضى الذين لديهم سوابق نوبات نقص تروية عابرة TIA أو فالج سابق ويتفوق التيكلوبيدين

بشكل معتدل على الأسبرين في إنقاص الخطورة وهو على كل حال يترافق بأعراض جانبية هامة مثل نقص معتدلات عكوس في ٢.٤٪ من المرضى ونسبة عالية من عدم التحمل ٢٠.٩٪ من المرضى ويوصى به حالياً للمرضى العرضيين الذين لا يعتبرون مؤهلين للجراحة والذين لا يستجيبون للأسبرين أو الذين لم يتحملوا الأسبرين أو لديهم فالج كبير.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) يعطى التيكلوبيدين في آفات الشرايين السباتية في الحالات التالية:

A)) المرضى العرضيين الذين لا يعتبرون مؤهلين للجراحة ☑

B)) المرضى الذين لديهم فالج كبير ☑

C)) كل ما سبق صحيح ☑

D)) كل ما سبق خطأ ☒

استطبابات العلاج الجراحي (استئصال بطانة الشريان) في حالة آفات الشريان السباتي:

أولاً: المرضى العرضيين: وتشمل ((فالج غير معقد ونقص تروية عابر وعمى مؤقت)) مع وجود تضيق بنسبة ٥٠ – ٩٩٪ في الشريان السباتي الموافق. إن نسبة الخطورة خلال سنتين للفالج في نفس الجانب تساوي ٩٪ في المرضى العرضيين مع درجة عالية من التضيق المعالج بالجراحة والأسبرين. أما المرضى المماثلين والذين عولجوا بالأسبرين فقط فلديهم احتمال الإصابة بالفالج في نفس الجانب يصل لـ ٢٦٪.

ثانياً: المرضى اللا عرضيين: يمكن أن يستفيد هؤلاء المرضى عندما يكون لديهم تضيق بنسبة ٦٠-٩٠٪ من الإصلاح الجراحي. وتترافق تضيقات السباتي العالية الدرجة اللا عرضية بنسبة فالج تصل تقريباً لـ ١٠.٦٪ خلال ٥ سنوات وإذا ما أجريت الجراحة مع نسبة اختلاطات ووفيات أقل من ٣٪ يمكن ان تنقص خطورة حدوث فالج لـ ٤.٨٪ خلال ٥ سنوات.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) يستطب استئصال بطانة الشريان السباتي في الحالات التالية ما عدا:

A)) فقد رؤية عابر مع تضيق ٥٠ – ٩٩ ٪ ☑

B)) TIA مع تضيق ٥٠ – ٩٩٪ ☑

C)) CVA مع تضيق ٥٠ – ٩٩ ٪ ☑

D)) فالج مقعد مع تضيق ٦٠٪ ☒

٢) يستطب استئصال بطانة الشريان السباتي في الحالات التالية ما عدا:

A)) فقد رؤية عابر مع تضيق ٨٠ ٪ ☑

B)) نقص تروية عابر مع تضيق ٩٠ ٪ ☑

C)) حادث وعائي دماغي مع تضيق ٩٠ ٪ ☑

D)) فالج مقعد مع تضيق ٦٥٪ ☒

مضادات استطباب العلاج الجراحي (استئصال بطانة الشريان) في حالة آفات الشريان السباتي:

١- فالج مقعد وخاصة مع تغير حالة وعي المريض

٢- انسداد تام للشريان السباتي

٣- وجود مرض داخلي شديد والذي يمكن أن ينقص المدة المتوقعة للحياة.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) مضادات استطباب الجراحة في الآفات الوعائية الدماغية، اختر الخاطئة:

A)) فالج مقعد مع تغير حالة وعي المريض ☑
B)) انسداد تام للشريان السباتي ☑
C)) مرض داخلي شديد والذي يمكن أن ينقص المدة المتوقعة للحياة ☑
D)) كل ما سبق صحيح ☑

٢) مضادات استطباب الجراحة في CVA:

A)) انسداد تام للشريان السباتي ☑
B)) نقص تروية في الطرف السفلي ☒
C)) مرض داخلي شديد والذي يمكن أن ينقص المدة المتوقعة للحياة ☑
D)) فالج مقعد ☑

استطبابات وضع الشنت في عمليات استئصال بطانة الشريان: يتم ذلك بناءً على الأسس التالية:

١- قياس الضغط الراجع في الشريان السباتي الباطن بعد وضع ملاقط على الشريانين السباتيين الأصلي والظاهر فإذا كان الضغط الوسطي يزيد عن ٥٠ ملم.ز فلا يعد استعمال الشنت ضرورياً.

٢- مراقبة تغيرات تخطيط الدماغ الكهربائي بعد وضع ملاقط على الشريانين السباتيين الأصلي والظاهر فإذا ما حدث تباطؤ فلا بد من استعمال الشنت.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) يستطب وضع الشنت في عمليات استئصال بطانة الشريان السباتي، اختر الصحيحة:

A)) إذا كان الضغط الوسطي أقل من ٧٠ ملم.ز ☒
B)) إذا حدث تباطؤ في تخطيط الدماغ بعد وضع ملاقط على السباتيين الأصلي والظاهر ☑
C)) كل ما سبق صحيح ☒
D)) كل ما سبق خطأ ☒

اختلاطات الجراحة: الفالج – نقص تروية دماغي عابر – النزف – الأذية في الأعصاب القحفية (خاصة المبهم ١٠ وتحت اللساني ١٢) – واختلاطات تتعلق بوضع المريض الطبي وخاصة احتشاء عضلة قلبية.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) اختلاطات الجراحة في الآفات الوعائية الدماغية : (مفتاح)

A)) الفالج ☑
B)) نقص التروية العابر ☑
C)) إصابة العصب القحفي ٩ ☒
D)) إصابة العصب القحفي ١٠ و ٣ ☒

٢) اختلاطات الجراحة في الآفات الوعائية الدماغية :

A)) الفالج ☑
B)) نقص التروية العابر ☑
C)) إصابة العصب القحفي ٩ ☒
D)) النزف ☑

البحث الثامن: أمهات الدم

أماكن توضع أمهات الدم: إن أشيع مكان لتوضع أم الدم الأبهرية البطنية هو الشريان الأبهر تحت مستوى منشأ الشريانين الكلويين أما امهات الدم المحيطية فأشيع مكان لتوضعها هو الشريان المأبضي

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) أشيع أماكن توضع أمهات الدم:

A)) الشريان الأبهر تحت مستوى الشريانين الكلويين ☑
B)) الشريان المأبضي ☑
C)) كلاهما صح ☑
D)) كلاهما خطأ ☒

تشخيص أم دم أبهرية بطنية متمزقة: يتضمن التشخيص الثالوث العرضي السريري التالي عند المرضى المستقرين هيموديناميكياً (دون أي تاريخ سابق أو اشتباه بالصدمة):

١) ألم شديد موضع في البطن أو الخاصرة او الظهر ٢) كتلة بطنية نابضة ومؤلمة ٣) الصدمة

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في أعراض وعلامات تمزق أم الدم كل ما يلي صحيح ما عدا:

A)) ألم شديد موضع في البطن أو الخاصرة او الظهر ☑
B)) كتلة بطنية نابضة ومؤلمة ☑
C)) الصدمة ☑
D)) ألم مرافق في الطرفين السفليين ☒

عوامل خطورة تمزق أم الدم: تتضمن العوامل ما يلي:

١. حجم أم الدم: حيث تقدر نسب تمزق أم الدم خلال ٥ سنوات بـ:
   أ. ٩٪ إذا كان قطر أم الدم أقل من ٤.٥ سم
   ب. ٣٥٪ إذا كان قطر أم الدم ٤.٥ — ٧ سم
   ت. ٧٥٪ إذا كان قطر أم الدم أكبر من ٧ سم
٢. نسبة توسع أم الدم: إذا كانت نسبة التوسع أكثر من ٤ ملم/سنة
٣. وجود ارتفاع توتر شرياني وآفة رئوية سادة مزمنة COPD.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) خطورة تمزق أم الدم بحسب الحجم، اختر الخاطئة:

A)) ٩٪ إذا كان قطر أم الدم أقل من ٤.٥ سم ☑
B)) ٣٥٪ إذا كان قطر أم الدم أقل من ٤.٥–٧ سم ☑
C)) ٧٥٪ إذا كان قطر أم الدم أكبر من ٧ سم ☑
D)) الجواب الخاطئ ☒

❀ **استطبابات الجراحة على أمهات الدم:**

١. الحجم: إن المرضى الذين لديهم أم دم حجمها أقل من ٥سم ولا عرضيين يتابعون بوساطة فحوصات بالأمواج فوق الصوتية كل ٣-١٢ شهر لتحديد نموها وعندما يصبح حجمها أكبر من ٥سم يعتبر المريض مرشحاً للعمل الجراحي.

٢. نسبة النمو: يقدر معدل النمو لأمهات الدم الأبهرية البطنية من ٢-٨ملم/سنة وتعتبر أمهات الدم المتوسعة والتي تنمو بمعدل أكثر من ٤ملم/سنة على قائمة الإصلاح الجراحي.

٣. الأعراض: إن غالبية أمهات الدم الأبهرية البطينة تكون لا عرضية أما عند ظهور الأعراض فيصبح المريض مرشحاً للجراحة بشكل إلزامي ومن الأعراض (تمزق – ألم في البطن أو الظهر أو الخاصرة غير مفسر – صمات محيطية).

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) استطبابات الجراحة على أم الدم:

A)) حجمها أكبر من ٥سم ☑ B)) تمزق ☑

C)) ألم في البطن أو الظهر أو الخاصرة غير مفسر ☑ D)) معدل نموها أكثر من ٢ملم/سنة ☒

❀ **نقص التروية في الحبل الشوكي:** وهو اختلاط نادر (يشكل ٠.٢٥٪) في جراحة أم الدم الأبهرية البطنية ولكنه شائع في معظم حالات تمزق أمهات الدم. ويحدث هذا الاختلاط بسبب انخفاض الجريان عبر شريان آدم كويكز بسبب انخفاض الضغط الجهازي أو وضع الملقط على الأبهر أو ربط الشرايين الوربية القطنية وتتميز متلازمة الشريان الشوكي الأمامي التقليدية بـ: شلل نصفي – سلس مستقيمي بولي – ضياع حس الألم ولكن يبقى حس الاهتزاز والاستقبال (بسبب استقلال الدوران الأمامي والخلفي للقسم السفلي والمتوسط للنخاع الشوكي).

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في متلازمة الشريان الشوكي الأمامي التقليدية كل ما يلي صحيح ما عدا:

A)) شلل شقي ☑ B)) سلس مستقيمي فقط ☒

C)) سلس مستقيمي بولي ☑ D)) ضياع حس الألم ولكن يبقى حس الاهتزاز والاستقبال ☑

٢) في متلازمة الشريان الشوكي الأمامي التقليدية كل ما يلي صحيح ما عدا:

A)) شلل نصفي ☑ B)) فقد حس الاهتزاز والاستقبال ☒

C)) سلس بولي ☑ D)) سلس مستقيمي ☑

❀ **إنتان الوصلة الأبهرية:** عادة ما يكون اختلاط متأخر للجراحة ويمكن أن يحدث في جسم الوصلة أو عند المفاغرات ويمكن أن يحدث بسبب الازدراع الجرثومي إما وقت زرع الوصلة أو في وقت لاحق بسبب تجرثم الدم وتعد المكورات العنقودية المذهبة العضوية المرضة الأكثر شيوعاً كما تشاهد العنقوديات الجلدية بشكل متكرر أيضاً.

أما العلاج فيتم من خلال استبعاد كامل للوصلة الشريانية (من خلال فتح بطن) وإجراء وصلة خارج تشريحية ويمكن وضع الوصلة الخارج تشريحية قبل إزالة الوصلة النتنة في المرضى المستقرين هيموديناميكياً وعادة ما تتألف من وصلة إبطية فخذية ثنائية الجانب.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) العضوية الممرضة الأكثر شيوعاً في إحداث إنتان الوصلة الأبهرية هي:

A)) الكليبسيلا ☒

B)) العنقودية الذهبية ☑

C)) العنقوديات الجلدية ☒

D)) العقديات المقيحة ☒

أمهات الدم الأبهرية البطنية الجرثومية: وهي تحدث بسبب التهاب جرثومي للجدار الأمامي وتكون المتعضية الأكثر شيوعاً تحت مستوى الكلويين هي السالمونيلا. وتكون هذه الأمهات دم كيسية عادة وتحدث في مواقع غير نموذجية وينقصها تكلس جدارها. وتتظاهر الإصابة عادة بارتفاع الحرارة وتعداد الكريات البيض وإيجابية زرع الدم وقد يوجد دليل لوجود صمة انتانية. وتبدء المعالجة بالزرع والتحسس للصادات ثم يتم استقصاء أم الدم جراحياً. فإذا لم تكن هنالك نتحة ما حول الأبهر وكان الفحص الجرثومي للجسم القريب والبعيد من الشريان سلبياً عندها تصلح أم الدم بوضع وصلة شريانية في المكان. أما إذا وجدت نتحة قيحية كبيرة فتستأصل أم الدم والنسج المحيطة بها ويغلق الأبهر ثم توضع وصلة خارج تشريحية مثل وصلة إبطية فخذية ثنائية الجانب. تستطب المعالجة طويلة الأمد بالصادات عند هؤلاء المرضى.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) أمهات الدم الجرثومية:

A)) تكون كيسية عادة ☑

B)) يصاب جدارها بالتكلس ☒

C)) علاجها دائماً بوضع وصلة في المكان ☒

D)) كل ما سبق صحيح ☒

E)) كل ما سبق خطأ ☒

أمهات الدم في الشريان الطحالي: وهي تعد الإصابة الأكثر شيوعاً التي تصيب الدوران الحشوي وتشمل أسبابها: عسر التصنع الليفي وارتفاع التوتر البابي وتكرر الولادات والالتهابات (خاصة عقب التهاب البنكرياس). أما التشخيص فيتم غالباً صدفة خلال إجراء صورة بسيطة للبطن ويظهر في الربع العلوي الأيسر للبطن تكلس خاتمي الشكل. وتبلغ نسبة تمزقها عندما تكون دقيقة وعند النساء غير الحوامل ٢٪ وتبلغ نسبة الوفيات بسبب التمزق ٢٥٪ أما نسبة التمزق عند النساء الحوامل فتبلغ ٩٠٪. أما استطبابات الإصلاح الجراحي فتشمل: التمزق وظهور الأعراض (ألم في الربع العلوي الأيسر) وظهور أم دم في امرأة في سن نشاط تناسلي وحجم أكبر من ٢سم. ويتم

الاصلاح الجراحي من خلال ربط الشريان الطحالي قبل وبعد أم الدم مع أو بدون استئصال الطحال. كما يمكن تصحيح الإصابة بالطريق داخل الوعاء في بعض الحالات الانتخابية.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) أسباب أمهات دم الشريان الطحالي:

A)) عسر تصنع ليفي ☑ B)) ارتفاع التوتر البابي ☑

C)) بعد التهاب بنكرياس ☑ D)) تكرر الولادات ☑ E)) كل ما سبق صحيح ☑

٢) أسباب أمهات دم الشريان الطحالي:

A)) عسر تصنع ليفي ☑ B)) ارتفاع التوتر البابي ☑

C)) تكرر الولادات ☑ D)) رض على البطن ☑

٣) استطبابات الإصلاح الجراحي لأمهات دم الشريان الطحالي ما عدا: A)) رض على البطن

أمهات الدم في الشريان المأبضي (أمهات الدم المحيطية): وهو الشريان الأكثر شيوعاً لحدوث أمهات الدم المأبضية وعادة ما يكون السبب هو التصلب العصيدي. أما المظاهر السريرية: ففي ٥٠٪ من الحالات تقريباً تكون ثنائية الجانب وفي ٢٥٪ من هؤلاء يتواجدون مع أمهات دم أبهرية بطنية. أما الاختلاطات الأكثر شيوعاً فهي الصمة والخثار ويجب أن تصلح هذه الإصابات عند اكتشافها لأن الاختلاطات الإقفارية يمكن أن تؤدي إلى بشكل متكرر إلى خسارة الطرف أما تمزق هذه الآفات فهو نادر للغاية.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) الخطأ في أمهات دم الشريان المأبضي:

A)) ثنائية الجانب في ٥٠٪ من الحالات ☑ B)) التمزق فيها شائع ☒

C)) أشيع اختلاط الصمة والخثار ☑ D)) سببها التصلب ☑

سؤال وصل تجميعي:

١- أمهات الدم الشريانية ، الجواب: B

٢- أمهات الدم الجرثومية، الجواب: A

٣- أمهات الد الالتهابية، الجواب: D

٤- أمهات الدم الطحالية، الجواب: E

٥- أمهات الدم المحيطية المأبضية، الجواب: C

A)) كيسية عادة B)) تكلسية C)) التمزق نادر D)) تتمزق جدرانها E)) عسر تصنع ليفي

البحث التاسع : الآفات الوعائية التشنجية (داء رينو)

التعريف بالآفات الوعائية التشنجية: وهي عبارة عن آفات تصيب بشكل رئيسي الشرايين الإصبعية وشرايين الطرف العلوي والسفلي وتتضمن الأعراض الشائعة: الألم والخدر والبرودة وفي بعض الأحيان القرحات الجلدية. وبشكل عام تسيطر الأعراض على كلتا اليدين وتعف عن الإبهامين. ويمكن أن تترافق التشنجات الوعائية مع الآفات الوعائية الكولاجينية والتصلب العصيدي والرضوض والصمات من آفات شريانية محيطية أو يمكن أن لا تترافق بإصابة محددة.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) من الأعراض الشائعة في الآفات الوعائية التشنجية كل ما يلي صحيح ما عدا:

A)) الألم والخدر والبرودة ☑ B)) غياب النبض ☒

C)) قرحات جلدية ☑ D)) تصيب كلتا اليدين وتعف عن الإبهامين ☑

جدول هام وخارج المقرر للمقارنة بين داء رينو (داء رينو الأولي) وظاهرة رينو (داء رينو الثانوي):

	داء رينو الأولي (داء رينو)	داء رينو الثانوي (ظاهرة رينو)
عمر الإصابة	أقل أو يساوي الـ ٣٠ سنة	أكبر أو يساوي الـ ٣٠ سنة
التقرح الإصبعي (الغانغرين)	نادر ، سطحي	شائع
شعريات سرير الأظافر	طبيعية	متوسعة ومتعرجة
الأضداد الذاتية	سلبية أو منخفضة العيار	مرتفعة
الترافق مع الآفات الجهازية	لا تترافق	تترافق
الإنذار	سليم ولا يوجد خسارة للنسج	خطير بسبب التقرح والموات

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في داء رينو:

A)) عيار الأضداد سلبي أو منخفض في رينو الأولي ☑ B)) رينو الأولي يحدث بعمر أكبر من ٣٠ ☒

C)) الشعريات في سرير الظفر طبيعية وغير متعرجة في رينو الأولي ☑ D)) رينو الثانوي يترافق مع آفة جهازية ☑

٢) في داء رينو الثانوي ما عدا: A)) شعريات سرير الأظافر طبيعية ☒

٣) في داء رينو الخطأ:

A)) عيار الأضداد سلبي في رينو الأولي ☑ B)) القرحات غالباً في رينو الأولي ☒

C)) الشعريات في سرير الظفر سليمة في رينو الأولي ☑

٤) في داء رينو كل مايلي خطأ ما عدا:

B)) رينو الأولي يحدث عند الشباب بعمر أكبر من ٣٠ ☒

A)) عيار الأضداد مرتفع في رينو الأولي ☒

D)) تشيع القرحات في رينو الأولي ☒

C)) الشعريات في سرير الظفر متوسعة وكسيرة في رينو الثانوي ☑

التغير اللوني المتتالي الذي يحصل للأصابع في ظاهرة رينو : بالترتيب:

١) الشحوب: ويحدث بسبب التشنج الوعائي الشديد في الأوعية الأدمية.

٢) الازرقاق: ويحدث بسبب بطأ الجريان الدموي ونقص الأكسجة الدموية الملحوظ الناجم عن ذلك.

٣) الاحمرار: ويحدث بسبب فرط التروية الانعكاسي.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) يكون ترتيب الحوادث الحاصلة في ظاهر رينو:

A)) ازرقاق ثم شحوب ثم احمرار ☒

B)) شحوب ثم ازرقاق ثم احمرار ☑

C)) احمرار ثم شحوب ثم ازرقاق ☒

D)) شحوب ثم احمرار ثم ازرقاق ☒

علاج داء رينو الأولي والثانوي:

في داء رينو الثانوي (ظاهرة رينو): يجب تجنب البرد وحماية اليدين بوساطة كفوف أو مدفئ اليدين في الجو شديد البرودة كم يجب تجنب التدخين واستعمال حاصرات الكالسيوم (نفيدبين) وهو الدواء المختار واستعمال الفينوكسي بينزامين لحصر مستقبلات ألفا والذي قد يكون ذا فائدة. لا يوصى بخزع الودي الرقبي إلا عند حدوث تقرح.

في داء رينو الأولي (داء رينو): مشابه للمعالجة في ظاهرة رينو أما خزع الودي الرقبي فهو غير مستطب إطلاقاً.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في علاج داء رينو الأولي ما عدا: A)) خزع ودي رقبي ☒

٢) في تدبير ظاهرة رينو: A)) خزع ودي دوماً ☒ B)) تجنب البرد ☑ C)) تجنب التدخين ☑

٣) أدوية يمكن استعمالها لعلاج داء رينو كل ما يلي صحيح ما عدا:

A)) بروستاسايكلين ☑

B)) حاصرات بيتا ☒

C)) أسبرين ☑

D)) نفيدبين ☑

البحث العاشر : الآفات الوريدية

التعريف بالدوالي الوريدية: وهي شبكات متوسعة في الجهاز الوريدي تحت الجلد وتنجم بسبب قصور الدسامات في الجهاز الوريدي السطحي أو العميق أو جهاز الثواقب ولا يعد خثار الوريد العميق DVT عاملاً في تطورها.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) أسباب الدوالي كل ما يلي صحيح ما عدا:

A)) قصور دسامات سطحية ☑

B)) الخثار الوريدي العميق DVT ☒

C)) قصور دسامات عميق ☑

D)) قصور جهاز الثواقب ☑

استطبابات الجراحة على الدوالي:

١. نزف سابق أو تهديد بالنزف من القرحات الوريدية: إن النزف غير المؤلم الذي يمكن أن يحدث من هذه الآفات يمكن أن يكون مؤشر إنذاري للمريض والطبيب وعادة ما يسيطر عليه بمشاركة رفع الطرف مع الضغط المباشر يتلو ذلك وضع أربطة ضاغطة.

٢. نكس الألم في مكان الدوالي أو نكس التهاب الوريد السطحي للتوسعات الدوالية.

٣. اعتبارات تجميلية

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في استطبابات الجراحة على الدوالي كل ما يلي صحيح ما عدا:

A)) نكس الألم أو نكس التهاب الوريد السطحي للتوسعات الدوالية ☑

B)) الخثار الوريدي العميق DVT ☒

C)) نزف سابق أو تهديد بالنزف من القرحات الوريدية ☑

D)) اعتبارات تجميلية ☑

علاج التهاب الوريد الخثري السطحي:

١. راحة في السرير مع رفع الطرف.

٢. تطبيق حرارة موضعية لتخفيف الألم.

٣. إعطاء مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية

٤. ارتداء جوارب داعمة خلال فترة الالتهاب وكذلك للوقاية

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) علاج التهاب الوريد الخثري السطحي كل ما يلي صحيح ما عدا:

A)) مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية ☑

B)) مميعات ☒

C)) رفع الطرف ☑

D)) تطبيق حرارة موضعية ☑

تشخيص الخثار الوريدي العميق DVT من خلال الدوبلكس بالأمواج فوق الصوتية: وهي الطريقة غير الجارحة الدقيقة والأكثر شيوعاً لتشخيصه ويشير الدوبلكس لنوعين من التقييم بالأمواج فوق الصوتية تستعمل لإنجاز الاختبار

١. الموجات الدوبلرية فوق الصوتية: وتصل نسبة صحة الاختبار فيها إلى ٨٠ – ٩٠٪ وتظهر مايلي:

أ. أطوار الجريان: تغيرات الجريان في الوريد المفحوص أثناء التنفس.

ب. التحريض (الزيادة): وهي زيادة الجريان في الوريد المفحوص عندما تقصر المجموعة العضلية الأكثر سطحية منه
(هذه المناورة تجبر الجريان الدموي بالاتجاه المركزي عندما لا يكون الوريد مسدوداً)

ت. وجود اختلاف في موجات التصوير بالأمواج فوق الصوتية بين الطرف المريض والسليم.

٢. التقييم بنوع B-Mode Evaluation: وتظهر النبضة فوق الصوتية كصورة حقيقية للوريد المفحوص فالوريد الطبيعي سيكون قابلاً للانضغاط بسهولة وستبدو جدران الوريد حقيقية وهي تنخمص. ولأن الخثرة السادة لها نفس الكثافة الصوتية للدم فإن قابلية الانضغاط والانخماص للجدر الوريدية يعتقد بأنها أكثر دقة في تحري وجود الخثار الوريدي العميق من إظهار الخثرة في اللمعة.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في الـ DVT يظهر بالدوبلكس:

A)) الوريد قابل للانضغاط ☒ B)) زيادة الجريان بالوريد عند عصر العضلات المحيطية ☒

C)) كل ما سبق صحيح ☒ D)) كل ما سبق خطأ ☑

علاج الخثار الوريدي العميق:

١. يعطى الهيبارين تسريباً وريدياً لمدة ٥–١٠ أيام يتبعه استعمال الوارفارين أو الهيبارين تحت الجلد لمدة ٣–٦ أشهر.

٢. تستعمل المعالجة الحالة للخثرة باليوروكيناز إذا سبب الخثار الوريدي العميق الواسع إعاقة التروية ولا تزال المعلومات التي تدعم استعمال المعالجة الحالة للخثرة لمنع أو إنقاص نسبة حدوث أو شدة المعالجة بعد التهاب الوريد غير كافية مع أن ذلك يبدو منطقياً.

٣. وضع مصفاة للوريد الأجوف السفلي او ربطه ويستعمل ذلك في حال وجود مضاد استطباب لاستعمال الهيبارين أو إذا حدثت صمة بالرغم من المعالجة. فهو يمنع فقط الصمة الرئوية ولا يعالج الخثار الوريدي العميق.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) المعالجة البدئية في الخثار الوريدي العميق:

A)) هيبارين تحت الجلد ☒ B)) الوارفارين ☒

C)) اليوروكيناز ☒ D)) هيبارين تسريب وريدي ☑

٢) العلاج في الخثار الوريدي العميق:

A)) الهيبارين تسريباً وريدياً لمدة ٥–١٠ أيام يتبعه استعمال الوارفارين أو الهيبارين تحت الجلد لمدة ٣–٦ أشهر ☑

B)) المعالجة باليوروكيناز عند وجود إعاقة في التروية ☑

C)) مصفاة للأجوف السفلي أو ربطه ☑

D)) كل ما سبق صحيح ☑

❀ علاج متلازمة ما بعد التهاب الوريد:

٤. ارتداء الجراب الداعم باستمرار لمنع حدوث فرط التوتر الوريدي السطحي والتورم فإذا أمكن منع حدوث التورم عندها معظم القرحات يمكن منع حدوثها.

٥. يمكن أن يستعمل ربط الأوردة الثاقبة الموضعي لخفض التوتر الوريدي عند القرحة إذا لم يكن بالإمكان أن تشفى.

٦. يطبق Unna Boot: وهو رباط ضاغط طبي أسبوعين أو مرتين أسبوعياً حتى تشفى القرحة فالعلاج بالضغط سيشفي معظم القرحات.

٧. إن تغيير نمط الحياة وتجنب تدلي الرجل يمكن أن يحسن التقرح وينقص خطورة النكس.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في علاج متلازمة ما بعد التهاب الوريد ما عدا: A)) تمارين المشي ☒

❀ **التهاب الوريد الأبيض المؤلم**: وهو يحدث بسبب الانسداد الحاد للأوردة الحرقفية والفخذية بسبب التهاب الوريد الخثري DVT. أما المظاهر السريرية فيسبب هذا الالتهاب رجلاً باردة شاحبة مع ضعف النبض الشرياني بسبب التشنج وتتم المعالجة من خلال الأدوية الحالة للخثرة ويتلوها تطبيق الهيبارين لمنع تطورها لالتهاب وريد أزرق مؤلم.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) من علامات التهاب الوريد الأبيض المؤلم:

A)) ألم شديد ☒ B)) وذمة هائلة ☒

C)) الموات الوريدي ☒ D)) ضعف النبض الشرياني ☑

❀ **التهاب الوريد الأزرق المؤلم**: وهو يحدث بشكل ثانوي بسبب انسداد شبه كامل حاد في جريان الطرف بما فيها الأوردة الحرقفية والفخذية وهو أكثر شيوعاً في الرجل اليسرى ومن الشائع ترافقه مع مرض آخر فعلى سبيل المثال ٣٠٪ من الحالات تحدث عند المرضى بعد الجراحة وبعد الولادة وكذلك سرطانات الحوض شائعة.

تشمل المظاهر السريرية: زرقة الطرف مع وذمة هائلة وألم شديد وغياب النبض ثم يتلوها الموات الوريدي ويمكن أن تحدث الصدمة بسبب انحباس كمية كبيرة وهامة من الدم في الرجل.

العلاج: أدوية حالة للخثرة ويتلوها تطبيق الهيبارين واستخراج الخثرة في بعض الأحيان إن لم تنجح المعالجة الطبية غير الجراحية ويجب الراحة في السرير مع رفع الطرف.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) التهاب الوريد الأزرق المؤلم ما عدا: A)) سببه انسداد وريدي كامل حاد في جريان الطرف ☒

كل مايلي يتظاهر بوذمة في ظهر القدم ما عدا: (سؤال دورات خارجي)

A)) قصور قلب ☑
B)) آفات لمفاوية ☑
C)) قصور كلية ☑
D)) آفات وريدية ☒

البحث الحادي عشر: الصمة الرئوية

❀ **عوامل خطورة الصمة الرئوية**: وتشمل:

١. الجراحة والأمراض الخطيرة
٢. النساء الحوامل والنساء في فترة ما بعد الولادة حيث تبلغ لديهن نسبة حدوث الصمة الرئوية خمسة أضعاف نسبة الحدوث عند النساء الأخريات (بدون حمل أو ولادة) ويعد تشكل الصمة الرئوية بعد الحمل سبباً شائعاً للوفاة.
٣. المعالجة بالأستروجين: تترافق المعالجة بالأستروجين بارتفاع نسبة خطورة الصمة الرئوية من ٤-٧ مرات نسبة لغير المعالجين به وتتعلق الخطورة بكمية الدواء وتزول خلال عدة أسابيع من إيقاف الدواء.
٤. الآفات القلبية: تترافق بارتفاع نسبة خطورة تشكل الصمة الرئوية من ٣-٤ مرات وتتعلق بشكل مباشر بشدة الآفة القلبية.
٥. البدانة: تترافق البدانة بازدياد خطورة الصمة الرئوية لـ ١.٥ — ٢ مرة.
٦. السرطانة: يترافق السرطان بازدياد خطورة الصمة الرئوية لـ ٢-٣ مرات.
٧. الرضوض الكبيرة: خاصة أذية الحبل الشوكي وكسر الحوض أو جسم الفخذ تحمل زيادة في خطورة تشكل الصمة.
٨. وجود تاريخ سابق لصمة رئوية يزيد من خطورة تشكلها مرة ثانية وخاصة بعد الجراحة.
٩. تترافق الدوالي الوريدية بارتفاع نسبة خطورة حدوث الصمة الرئوية لمرتين.
١٠. تترافق مجموعات الاعمار الكبيرة بزيادة خطورة تشكل الصمة الرئوية.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) عوامل خطورة تشكل الصمة الرئوية ما عدا:

A)) النساء الحوامل وما حول الولادة ☑
B)) الدوالي الوريدية ☑
C)) الآفات القلبية ☑
D)) الكهولة الباكرة ☒

❀ **أعراض الصمة الرئوية**: وتشمل الأعراض كلاً ممايلي:

١. العلامات الكلاسيكية توجد هذه العلامات في ٢٤٪ من المرضى وهي: نفث دم — أصوات احتكاكات فرقعية جنبية — خبب قلبي — زرقة — تجمد الصدر .

٢. موجودات غير نوعية وهي: تسرع القلب (٦٠٪ من المرضى) – تسرع التنفس (٨٥٪ من المرضى) – عسر التنفس (٨٥٪ من المرضى) وهي موجودات شائعة الحدوث إضافة للتشنج القصبي والألم الصدري الجنبي المتكرر الحدوث.

٣. يمكن أن تظهر تغييرات تخطيطية قلبية وتتضمن اضطرابات النظم وعلامات إجهاد بطين أيمن.

٤. صورة الصدر يمكن أن تكون غير طبيعية أو طبيعية تماماً: حيث في بعض الأحيان يمكن للنقص الشديد في التوعية الرئوية أن يحدث فرط وضاحة شعاعية في منطقة الصمة وهي علامة Westermark's Sign – يمكن أن يلاحظ أيضاً وجود انصباب جنب وغالباً ما يكون نزفياً أو قد يكون الارتشاح الرئوي موجوداً وخاصة في حالات الاحتشاء الرئوي والتي تحدث في ١٠ – ٢٥ ٪ من حالات الصمة الرئوية.

٥. غازات الدم الشريانية: عادة تظهر نقص أكسجة مع انخفاض الضغط القسمي لثاني أوكسيد الكربون PCO2 المترافق مع فرط تهوية. ومع أن سلسلة القياسات يمكن أن تدون نقصاً مفاجئاً في الضغط القسمي للأوكسجين PO2 فإن قياساً واحداً لا يمكن أن يثبت تشخيص الصمة الرئوية وكذلك إن وجود ضغط قسمي طبيعي للأوكسجين PO2 لا ينفي احتمال وجود صمة رئوية.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) علامة ويسترمارك الشعاعية تدل على: A)) وضاحة شعاعية في مكان الصمة ☑

٢) كل مايلي من العلامات الكلاسيكية للصمة الرئوية ما عدا:

A)) النفث الدموي ☑ B)) الزرقة ☑

C)) الخبب القلبي ☑ D)) تسرع القلب ☒

اختلاطات المعالجة بمميعات الدم: وتشمل كلاً مايلي:

١. النزف الغزير: ويتطلب نقل الدم ويحدث في ١–٢٪ من المرضى الموضوعين على مميعات الدم. أما نوبات النزف الصغير شائعة في أكثر من ١٦٪ من الحالات ويحدث النزف المميت في ٠.١–١٠٪ من الحالات ويزداد خطر حدوث النزف في المرضى المعالجين بالهيبارين إذا ما طبق بشكل متقطع أو إذا أعطي للمرضى المسنين أو ذوي الضغط المرتفع بشدة.

٢. تنكس الصمة الرئوية: بالرغم من استعمال مميعات الدم في ١–٨٪ من الحالات.

٣. نقص الصفيحات المحرض بالهيبارين: يحدث في ٥٪ من المرضى الموضوعين ويمكن أن تعزى لتطور أضداد محرضة بالهيبارين وموجهة ضد الصفيحات. ويجب أن توقف كل أساليب تسريب الهيبارين في حال حدوث نقص في الصفيحات بسبب خطر حدوث إما نزف أو نخر محرض بالهيبارين وهو نوع من النخر النسيجي المتعلق بالتخثر الموضع في الأوعية.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) يزداد خطر حدوث النزف عند المرضى المعالجين بالهيبارين فيما يلي ماعدا:

A)) إذا طبق بشكل متقطع ☑ B)) إذا أعطي للمرضى المسنين ☑

C)) إذا أعطي لذوي الضغط المرتفع بشدة ☑ D)) إذا أعطي للحوامل ☒

٢) في حال ظهور نقص صفيحات محرض بالهيبارين الصحيح هو:

A)) تخفيض الجرعة مع المراقبة ☒ B)) تغيير نوع المميع ☒ C)) ايقاف التسريب ومراقبة ☑

يكون الـ D-DIMER مشخص للصمة الرئوية عندما يكون: (سؤال دورات خارجي) ؟؟؟

A)) أكبر من ١ وحدة B)) أكبر من ١.٥ وحدة C)) أكبر من ٠.٥ وحدة D)) أكبر من ٢ وحدة

البحث الثاني عشر: الجهاز اللمفاوي

أشكال الوذمات اللمفاوية: وتشمل كلاً ممايلي:

١. الوذمة اللمفاوية البدئية: ولها ثلاث أنواع بحسب عمر المريض عند بدء الإصابة:

أ. الوذمة اللمفاوية الولادية: وتظهر عند الولادة أو باكراً عند الرضع. وتشكل أقل من ١٠٪ من حالات الوذمة اللمفاوية البدئية. وقد تكون ولادية ووراثية وتعرف بوذمة (داء ميلوري). عادة تحدث الأعراض عند الولادة إذا لم توجد أوعية لمفاوية حقيقية في هذا الوقت أما إذا وجدت بعض الأوعية اللمفاوية الفعالة وظيفياً عند الولادة فتكون عندها الأعراض قليلة أو غائبة ومع تطور النمو وتكرر الإصابات الطبيعية سواء بسبب انتان خفيف أو رض تكون النتيجة أن الأوعية اللمفاوية الطبيعية المتبقية لا تعود كافية وتحدث الوذمة.

ب. الوذمة اللمفية المبكرة (المبسترة): وهي تحدث في أي وقت منذ البلوغ وحتى نهاية العقد الثالث من الحياة. ومعظم الوذمات اللمفاوية البدئية تكون من هذا النمط. وهي أشيع عند الإناث أكثر بثلاث مرات من الذكور.

ت. الوذمة اللمفية المتأخرة: وهي تحدث بعد الثلاثين من العمر.

٢. الوذمة اللمفاوية الثانوية: وينجم عن انسداد من أسباب متنوعة بما فيها الانتان والطفيليات والأذيات الميكانيكية بما فيها الجراحة ومتلازمة ما بعد التهاب الأوردة والتنشؤات. وفي الدول المتقدمة تشكل الانسدادات بسبب الخباثات والوذمة اللمفاوية بعد الجراحة (مثل بعد استئصال الثدي) وتخرب الأوعية اللمفية بسبب العلاج الشعاعي الأسباب الأكثر شيوعاً للإصابة. وفي الدول الأقل تقدماً يشكل الانسداد الطفيلي (داء الفيل) السبب الأكثر شيوعاً وتعد الفخرية البانكروفتية العامل الطفيلي الأكثر شيوعاً.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) تصنيف الوذمة اللمفية البدئية كل ما يلي ماعدا:

A)) ولادية ☑ B)) مبكرة ☑ C)) متأخرة ☑ D)) متعددة ☒

❀ **تشخيص الوذمات اللمفاوية**: تشخص سريرياً عادة تتميز القصة السريرية بظهور الوذمة بشكل واضح والتي تبدأ عند القدم والكاحل وتتطور مركزياً وعادة يكون التطور بطيئاً ويمتد حتى عدة أشهر ويظهر الفحص السريري بعكس الوذمة الوريدية المنشأ أن الطرف المصاب بالوذمة اللمفاوية لا تكون فيها الوذمة بنية غامقة اللون ولا توجد تقرحات جلدية مرافقة بينما تبدء الوذمة الوريدية بمستوى كامل أما الوذمة اللمفاوية فعادة تصيب ظهر القدم أيضاً.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) فيما يخص الوذمات اللمفية كل ما يلي ماعدا:

A)) لا تكون بنية غامقة ☑ B)) لا توجد قرحات مرافقة ☑

C)) تصيب العقب والكاحل ☑ D)) اجابة خاطئة ☒

٢) فيما يخص الوذمات اللمفية كل ما يلي ماعدا:

A)) تغيب وتعف عن ظهر القدم ☒ B)) ذات لون أزرق غامق وبني ☒

C)) قد تترافق مع تقرحات ☒ D)) تطورها بطيء وقد يمتد لعدة أشهر ☑

❀ **الأورام السليمة**: وتعد الهيغروما الإصابة الأكثر شيوعاً. وتنحدر هذه الأورام من الأكياس اللمفاوية الجنبية وتشاهد خلال السنة الأولى من العمر. وهي الأكثر شيوعاً في العنق ولكن يمكن أن تحدث في المغبن والإبط والمنصف. ويمكن أن تسبب الهيغروما الكيسية في العنق عسرة تنفسية وفي هذه الحالة يجب أن تستأصل وألا يضحى بالأعصاب القحفية لأن هذه الأورام سليمة.

❀ **ساركوما الأوعية اللمفية**: وهو ورم لمفاوي خبيث نادر جداً يمكن أن يحدث في أي طرف مصاب بوذمة لمفاوية مزمنة ولكن يغلب أن يرى بعد استئصال الثدي المختلط بوذمة لمفاوية في الذراع.

❀ **الانتقالات اللمفاوية**: وترى في عدة أنواع من الأورام البدئية.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في الهيغروما كل ما يلي ماعدا:

A)) أشيع في العنق ☑ B)) في السنة الأولى من العمر ☑

C)) العلاج الجراحي ☑ D)) آفة خبيثة ☒

❀ **التهاب الأوعية اللمفاوية والعقد اللمفاوية**: وهو يحدث بسبب غزو جرثومي ويكون عادة بالمكورات العقدية الحالة للدم بيتا أو بالمكورات العنقودية. ويتظاهر باحمرار حول الأوعية اللمفاوية المصابة وتبدو بشكل خط أحمر

يتقدم باتجاه العقد اللمفاوية النازحة وتكون حركة الطرف مؤلمة وتدفع أيضاً الجراثيم على طول القنوات اللمفاوية مما يفاقم الحالة وإذا لم تتوقف الحدثية بالعقد اللمفاوية يمكن ان يحدث عندها انتان دم. أما العلاج فيشمل عدم تحريك الطرف وإعطاء الصادات ويجب أن ينزح مصدر الانتان إن وجد (التهاب حول الظفر مثلاً) وتشفى الحالات غير المختلطة عادة سريعاً وبدون عقابيل وإن تكرر حدوث الإصابة يمكن أن يؤدي لتشكل وذمة لمفاوية ثانوية مزمنة.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في علاج التهاب الأوعية والعقد اللمفية كل ما يلي ماعدا:

A)) صادات ☑ B)) نزح مصدر الانتان ☑ C)) تحريك الطرف ☒

٢) في التهاب الأوعية والعقد اللمفاوية اختر الخاطئة:

A)) يحصل احمرار حول الأوعية المصابة وتتقدم بشكل مركزي نحو العقد ☑ B)) يمكن أن يحصل انتان دم ☑

C)) تشفى الحالات المختلطة سريعاً دون عقابيل ☑ D)) ان تحريك الطرف يمكن أن يخفف الألم ☒

البحث الثالث عشر: التهاب الأوعية (قسم الإضافات الخارجية * هامة *)

تصنيف التهاب الأوعية:

١. التهاب الأوعية الكبيرة وتشمل: التهاب الشريان ذو الخلايا العرطلة – داء تاكاياسو (داء انعدام النبض).

٢. التهاب الأوعية المتوسطة: داء كوازاكي – التهاب الشرايين العقدي.

٣. التهاب الأوعية الصغيرة: التهاب الأوعية المرتبط بأضداد العدلات السيتوبلاسمية (ANCA) – الورم الحبيبي الويغنري – متلازمة شيرغ ستروس – التهاب الأوعية المجهري.

٤. التهاب الأوعية غير المرتبط بـ (ANCA): فرفرية هينوخ شونلاين – التهاب الأوعية المتعلق بالغلوبولينات البردية في الدم – التهاب الأوعية الجلدي ناقص الخلايا البيض

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) سؤال فراغات:

يصنف التهاب الأوعية ذو الخلايا العرطلة بأنه (A) وداء كوازاكي هو (B) وتصنف فرفرية هينوخ شونلاين بأنها (C) والتهاب الأوعية العقدي هو (A)

A)) التهاب أوعية كبيرة B)) التهاب أوعية متوسطة C)) التهاب أوعية صغيرة

٢) في التهاب الأوعية اختر الخاطئة:

A)) داء تاكاياسو هو التهاب أوعية كبيرة ☑ B)) التهاب الأوعية ذو الخلايا العرطلة هو التهاب أوعية كبيرة ☑

C)) فرفرية هينوخ شونلاين هي التهاب أوعية صغيرة ☑ D)) التهاب الأوعية العقدي هو التهاب أوعية صغيرة ☒

⊛ داء كوازاكي:

أولاً المظاهر السريرية: اندفاعات جلدية راحية أو بقع أو عقد على العجان – ضخامات لمفاوية تتجاوز ١٫٥ سم – احمرار العينين – إصابة المفاصل الصغيرة والكبيرة – ارتفاع حرارة.

ثانياً: التشخيص: يشمل المظاهر السريرية السابقة + ارتفاع عدد الصفيحات (قد يصل إلى المليون) + ارتفاع الكريات البيض + ارتفاع CRP + ارتفاع ESR + ارتفاع انتي ترومبين A وكل بروتينات الطور الحاد للالتهاب + انخفاض الخضاب قليلاً.

ثالثاً: يمكن أن تصاب الشرايين المساريقية أو الكلوية ولكن الأخطر من ذلك إصابة الشرايين الإكليلية حيث قد يحدث أمهات دم: تفاعل مناعي حيث ترتفع المتممة C2 C4 CD4 وتنخفض CD8 وتزداد الغلوبيولينات المناعية التي تهاجم بطانة الشريان وتخربها.

رابعاً: العلاج: يتم من خلال:

١. استعمال الغاماغلوبيولين ٤٠٠ملغ/كغ/اليوم لمدة ٤ أيام متتالية أو ٢غ/كغ تسريب وريدي لمدة ١٠ ساعات وإن استعمال الغاماغلوبيولين قبل ١٠ أيام على مرور الإصابة يقلل من احتمال تشكل أم الدم في الشريان الإكليلي أما بعد ١٠ أيام فنستعمله لخفض الـ ESR والصفيحات ويجب أن نعلم أن الغاماغلوبيولين يثبط المناعة.

٢. الأسبرين وهو يستخدم في المرحلة الحادة ٨٠–١٠٠ملغ/كغ ويقسم على ٤ جرعات وبعد المرحلة الحادة ٣–٥ مغ/كغ لمدة ٢–٣ أشهر حتى تتراجع الـ ESR وتعود الصفيحات لوضعها الطبيعي.

٣. الوارفارين: عادة تصيب أم الدم الشريان الإكليلي الأيمن وتكون وحيدة ولكن إذا أصابت الأيمن والأيسر وكانت متعددة فلا بد من استخدام المميعات مثل الوارفارين أما إذا كانت وحيدة فلا ضرورة لذلك.

٤. قد يظهر تضيق وخناق صدر عند الطفل المصاب إذ يظهر أول احتشاء خلال سنة من بدء الإصابة وبالدراسة ثبت وجود خلل في آلية تفعيل الخلايا البطانية في الشريان المصاب وفي حالة وجود اضطراب مورفولوجي فلا بد من إعطاء الطفل أسبرين مدى الحياة.

٥. الاستطبابات للجراحة: تضيقات إكليلية – خناق صدر – استمرار وجود أم دم.

🏳 أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في داء كوازاكي اختر الخاطئة:

A)) ضخامة عقد لمفية تتجاوز ١٫٥سم ☑ B)) إصابة المفاصل الصغيرة والكبيرة ☑

C)) العلاج يتم بالغاماغلوبيولين ☑ D)) العلاج بالاماهة ☒

٢) في داء كوازاكي اختر الخاطئة:

A)) التهاب ملتحمة ☑ B)) ضخامة عقد رقبية ☑ C)) حمى☑ D)) نقص صفيحات ☒

٣) في داء كوازاكي: A)) الاصابة في الشراين الكلوية والمساريقية شائعة

البحث الرابع عشر: متلازمة مخرج الصدر TOS (قسم الإضافات الخارجية ، هامة ،)

النوع	نسبة الحدوث	السبب	الأعراض	العلامات الفيزيائية	العلاج
العصبي	+٩٥٪	تضيق خلقي تشريحي مع رض على العنق	خدر في الأصابع وألم في العنق والذراع وصداع قفوي	مضض فوق الترقوة والذراع بزاوية ٩٠درجة بوضعية AER	قطع الأخمعيات واستئصال الضلع الأولى أو قطع الأخمعيات مع استئصال الضلع الأولى
الشرياني	+١٪	ضلع رقبية أو ضلع أولى غير طبيعية	نقص تروية الأصابع ونمل في الأصابع وبرودة وألم في اليد وعرج متقطع في الذراع	انخفاض الضغط الشرياني في الذراع المصاب وضعف النبض وشحوب وتموت الأصابع	استبدال أو وضع مجازة لأم الدم، استئصال الضلع الرقبية أو الضلع الأولى وخزع الودي الظهري
الوريدي	+٢٪	انضغاط وريدي عند الزاوية الضلعية الترقوية	تورم الطرف وألم في الذراع	تورم وزرقة وتوسع الأوردة فوق الصدر	استئصال الخثرة واستئصال الضلع الأولى وتوسيع الوريد من داخله أو مجازة وريدية مع ناسور شرياني وريدي مؤقت

المرحلة	الأعراض والعلامات	الإمراضية الشريانية	المعالجة
٠	لا شيء — أم دم غير مجسوسة	طبيعي	لا شيء
١	لا شيء — احتمال جس أم دم	تضيق خفيف وتوسع بعد التضيق صغير	استئصال الضلع الرقبية أو الضلع الأولى الشاذة واستئصال ام الدم إذا كانت أكبر من ٢قطر الشريان
٢	احتمال وجود نقص تروية، ألم، تغيرات لونية	تخرب البطانة، خثرة أو أم دم مع خثرة ضمنها مع احتمال حدوث صمات	استئصال الضلع الرقبية أو الضلع الأولى الشاذة وإصلاح أو استبدال الشريان واحتمال إجراء استخراج الخثرة أو احتمال خزع ودي ظهري

أسباب متلازمة مخرج الصدر TOS الوريدية

١. ضغط خارجي:

أ. خثاري: ويشمل خثار وريدي بدني (مجهول السبب) – دشبذ من كسور ضلع أولى أو ترقوة شافية – توضع أمامي للعصب الحجابي – أورام (ورم بانكوست) – تشعيع

ب. غير خثاري: كما هو أعلاه هذه الأسباب تظهر مع أو بدون خثار

٢. تشوه داخلي:

أ. خثاري: إدخال القثاطر أو الأسلاك الدليلية – اعتلالات التخثر – حقن مواد دوائية مخرشة – خثار تال لأسباب خارجية

ب. غير خثاري

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في متلازمة مخرج الصدر النوع الشرياني (مفتاح):

A)) قد يكون سببها ضلع شاذ أو ضلع أولى ☑ B)) استئصال أم الدم إذا كان حجمها ٥.٠قطر الشريان ☒

C)) قد تعالج باستئصال الخثرة أو خزع ودي ظهري ☑

٢) في متلازمة مخرج الصدر النوع الوريدي (مفتاح):

A)) قد تحدث على إثر حقن دوائي ☑ B)) قد تعالج بالمميعات فقط ☒

C)) قد تحدث بعد حوادث كسر الضلع الأولى أو كسور الترقوة ☑ D)) توسع في الأوردة فوق الصدر ☑

٣) تدبير الضلع الرقبية ما عدا: A)) استئصال الضلع الرقبية الأولى في المرحلة ١ ☒

قسم المسائل السريرية

١) المسألة الأولى: امرأة بعمر ... تشتكي من رجفان أذيني منذ فترة طويلة، شكت من إسهال وبعدها توقف خروج الغازات وبالفحص السريري تبين عدم وجود تخريش بريتواني وبالاستجواب تبين أنه أجري لها عملية استئصال رحم منذ ١٠ سنوات.. ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً:

A)) انسداد أمعاء ☒ B)) حصيات مرارية ☒

C)) التصاقات ☒ D)) صمة سببت انسداد مساريقي حاد ☑

٢) المسألة الثانية: رجل عمره ٧٠ سنة لديه داء سكري معتمد على الأنسولين ومصاب بقصور كلوي (كرياتينين=٢.٥) أصيب من قبل باحتشاءين قلبيين والأخير منهما كان قبل سنة وشكى فجأة من ألم بطني وبالفحص السريري تبين وجود كتلة نابضة مؤلمة، ما هو الإجراء الذي لا داعي لإجرائه من الإجراءات التالية:

A)) تصوير طبقي محوري B)) المسح بالتاليوم C)) تصوير شرياني ظليل D)) تنظير كولون E)) وظائف رئة

٣) المسألة الثالثة: رجل مصاب بخزل شقي في النصف الأيمن من الجسم وبتصوير الشرايين تبين أن لديه انسداد بنسبة ٧٥% في الشريان السباتي الأيمن وانسداد بنسبة ٨٠% في الشريان السباتي الأيسر، ما هو الإجراء العلاجي الأفضل ممايلي:

A)) عدم التداخل الجراحي لأن المريض لا يمكن إجراء الجراحة له ☒

B)) إزالة بطانة الشريان السباتي الأيمن ☒

C)) إزالة بطانة الشريان السباتي الأيسر ☑

D)) التداخل على الشريانين السباتيين وإزالة بطانتهما ☒

٤) المسألة الرابعة: امرأة بعمر الـ ٤٥ سنة أصيبت فجأة بتوذم وألم في الساق اليمنى وذلك بعد جلوسها في طائرة أثناء رحلة جوية لمدة ٦ ساعات ما هو الإجراء الأولي الذي نقوم به في هكذا حالة:

A)) رفع الطرف واستعمال رباط ضاغط ☒

B)) إعطاء الهيبارين ☒

C)) تصوير دوبلكس بالأمواج فوق الصوتية للأوردة ☑

٥) المسألة الخامسة: رجل بعمر ٧٠ سنة لديه أم دم حرقفية بقياس ٤ سم ولديه بتر تحت الركبة وبفحص الجريان ضمن الشرايين تبين أن الجريان ضمن الشرايين الحرقفية طبيعي أن الجريان في الشرايين الفخذية جيد نسبياً فما هو الإجراء الأفضل:

A)) عدم التداخل على هذا المريض لأنه غير مرجح للجراحة الانتخابية لأم الدم ☒

B))الإصلاح ضمن الوعاء لأم الدم الأبهرية ☒

C)) مجازة أبهرية فخذية ثنائية الجانب ☑

٦) المسألة السادسة: مريضة تعرضت لحادث سير ولكسر في عظم الترقوة لديها شكت من ألم في العنق لمدة شهرين وتشكو الآن من خدر ونمل وزرقة دون أن تذكر مسبقاً أنها تعاني تأثراً بحالة البرد فما هو التشخيص الأكثر احتمالاً :

A)) داء رينو ☒

B)) متلازمة مخرج الصدر ☑

٧) المسألة السابعة: مريض أجريت له جراحة لأم دم أبهرية وشكا بعدها من إسهال مع خضاب إيجابي في البراز فما هو التشخيص المحتمل:

A)) نقص تروية مساريقي حاد ☒

B)) التهاب كولون اقفاري ☑

C)) خذل معوي شديد تال للجراحة ☒

D)) إنتان معوي ثانوي ☒

٧) المسألة الثامنة: أجري لمريض يبلغ من العمر ٥٩سنة استئصال لورم سحائي سليم عبر فتح الجمجمة وفي اليوم العاشر بعد الجراحة لوحظ أن لديه تضخم في الربلة والفخذ الأيسر:

١) ما هي الطريقة الأقل دقة لتشخيص سبب الانتفاخ الحاصل:

A)) الفحص السريري

B)) إجراء مسح بالفيبرنوجين ١٢٥

C)) تصوير أوردة الرجل اليسرى

D)) تخطيط المعاوقة التحجمي

٢) إذا تم إثبات وجود خثار وريدي عميق فأي ممايلي يجب أن تتضمنه المعالجة البدئية:

A)) هيبارين تحت الجلد ☒

B)) هيبارين وريدياً ☑

C)) حالات الخثرة كاليوروكيناز ☒

D)) الأسبرين ☒

٣) بينما كان المريض موضوعاً على المعالجة الحالة للتخثر بمستواها العلاجي اللازم للخثار الوريدي العميق بدأ المريض بالنزف من قرحة شدة في المعدة ما هو الخيار المفضل للعلاج:

A)) الاستمرار بإعطاء مضادات التخثر بجرعة أقل ونقل دم للمريض ☒

B)) إيقاف العلاج بمضادات التخثر وإغلاق الوريد الأجوف السفلي بأحد الطرق المعيقة ☑

C)) الانتقال لنوع آخر من العلاج بمضادات التخثر ☒ D)) إيقاف العلاج بمضادات التخثر والمراقبة ☒

E)) إيقاف العلاج بمضادات التخثر الجهازية وإعطاء العوامل الحالة للخثرة مباشرة في الجهاز الوريدي الفخذي ☒

٤) بعد شفاء المريض من الهجمة المعدلة الحادة عاد بعد ستة أشهر يشكو من تورم مستمر في الرجل أي ممايلي يجب أن يكون الإجراء المفضل طويل الأمد كعلاج بدئي:

A)) العلاج المديد بالمدرات ☒ B)) جراب مطاطي داعم ☑ C)) استئصال الخثرة الوريدية ☒

D)) إجراء مجازة وريدية باستعمال وريد ذاتي ☒ E)) إجراء مجازة وريدية باستعمال طعم صنعي ☒

:::::النهاية:::::

مع أطيب أمنياتي لكم بالنجاح والتوفيق

زميلكم: مينا ماريو رحال